CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

INAN • NUMÉRO 111 • 1re SESSION • 42e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le jeudi 31 mai 2018

Présidente

L'honorable MaryAnn Mihychuk

Comité permanent des affaires autochtones et du Nord

Le jeudi 31 mai 2018

● (1545)

[*Traduction*]

La présidente (L'hon. MaryAnn Mihychuk[illegible]donan—St. Paul, Lib.)): Bonjour à tous. Nous sommes ici pour étudier les soins de longue durée. Vous êtes au Comité des affaires autochtones et du Nord. Nous sommes désolés d'être en retard. Nous avons dû aller voter, ce qui veut dire que nous avons été retardés.

Conformément au paragraphe 108(2) du Règlement, nous entreprenons une étude des soins de longue durée dans les réserves.

Avant de commencer, j'aimerais signaler que nous sommes sur le territoire non cédé du peuple algonquin et que c'est un élément important pour faire reconnaître la vérité et travailler à la réconciliation.

Je crois comprendre, chef Maracle, que vous allez diriger et présenter l'exposé. Allez-y. Vous avez 10 minutes.

Vous aurez peut-être besoin d'un peu plus de temps, j'ai compris.

Allez-y.

Chef R. Donald Maracle (chef, Bande no. 38, Mohawks de la baie de Quinte): *Sekoh sewakwekon.* Bonjour à tous. Bonjour.

Je remercie la présidente, les vice-présidents et les membres du Comité de m'avoir invité à présenter le travail du Groupe de travail tripartite sur les soins de longue durée aux Premières Nations en Ontario.

Je m'appelle Donald Maracle. Je suis chef des Mohawks de la baie de Quinte, qui se trouve sur le territoire mohawk de Tyendinaga, dans le Sud-Est de l'Ontario, près de Belleville. Nous comptons environ 10 000 membres, dont plus de 2 000 vivent sur le territoire. Depuis 2007, nous arrivons au neuvième rang de toutes les Premières Nations au Canada pour ce qui est de notre population, et au troisième rang en Ontario.

Les soins de longue durée sont une question prioritaire de longue date pour les Premières Nations de partout en Ontario. En fait, il y a 25 ans, j'ai personnellement participé à une consultation auprès du Conseil consultatif de l'Ontario sur l'âge d'or, qui a publié, en 1993, son rapport intitulé *Trop longtemps ignorés: les besoins et les inquiétudes des personnes âgées des communautés des Premières nations de l'Ontario*.

À l'époque, le Conseil consultatif a mis en évidence l'absence de soins de longue durée pour les aînés des Premières Nations et a recommandé d'augmenter la disponibilité des soins de longue durée pour les collectivités des Premières Nations. La vérité, c'est que même si les gouvernements provinciaux et fédéral ont consenti des investissements importants dans les soins de longue durée, le logement et les services de santé depuis la présentation de ces recommandations, bon nombre des préoccupations soulevées par les collectivités des Premières Nations demeurent les mêmes.

Comme tous les Ontariens, les membres et les familles des Premières Nations veulent que leurs êtres chers puissent vivre à la maison le plus longtemps possible et, au besoin, ils aimeraient des mesures de soutien supplémentaires pour leur permettre de rester dans leur collectivité, près des êtres chers. Actuellement, en Ontario et partout au Canada, la grande majorité des collectivités des Premières Nations n'ont pas de foyers de soins de longue durée ni d'options adéquates de logements pour aînés dans leur propre collectivité.

De nombreux membres des Premières Nations qui n'ont plus les moyens de vivre en sécurité à la maison doivent quitter leur collectivité pour accéder à un logement et à des soins appropriés. Pour ceux qui ont précédemment été forcés de quitter leur collectivité pour fréquenter les pensionnats, cette expérience peut raviver les traumatismes. Même s'il y a un petit nombre de foyers de soins de longue durée exploités par les Premières Nations — quatre au total en Ontario — qui fournissent des soins adaptés à la culture dans les collectivités des Premières Nations, la grande majorité des résidents des Premières Nations n'ont pas accès aux services dans leur propre langue, au territoire, à des activités culturelles traditionnelles ou à de la nourriture traditionnelle.

Il importe de souligner que les enjeux vont au-delà de la seule absence des maisons de soins de longue durée, et ils s'inscrivent dans le contexte des taux disproportionnellement élevés de pauvreté, de maladies chroniques et de besoins impérieux en matière de logement dans les collectivités des Premières Nations.

De plus, nous savons que les soins de longue durée peuvent ne pas toujours se révéler la solution la plus appropriée ou économique, selon les besoins d'une collectivité. L'amélioration de l'accès à des services comme les soins à domicile et les soins communautaires, l'aide à la vie autonome et la disponibilité des logements supervisés peut souvent retarder ou réduire la nécessité des soins de longue durée.

En juin 2017, le chef du grand conseil Patrick Madahbee, qui est le président de notre Comité des chefs sur la santé, d'autres responsables des Premières Nations et moi-même avons rencontré des hauts fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, des Services aux Autochtones Canada et de la Société canadienne d'hypothèques et de logement. Ensemble, nous nous sommes engagés à former un groupe de travail tripartite sur les soins de longue durée aux Premières Nations. Les chefs et l'assemblée ont adopté une résolution afin de nommer au groupe de travail des représentants de chacune des organisations provinciales et territoriales — la nation nishnawbe-aski, l'Union of Ontario Indians, l'Association of Iroquois and Allied Indians, le Grand conseil du Traité n° 3 — l'Independant First Nations Alliance et les Six Nations.

Comme les services de logement et de santé sont fournis aux collectivités et aux membres des Premières Nations par une gamme de ministères dans l'ensemble des administrations, en fait, cette ambiguïté relative à la compétence représente un des principaux défis pour les Premières Nations. Nous voulons nous assurer d'avoir à la table les bons représentants du gouvernement. Des représentants d'autres ministères se sont joints ou ont assisté à des réunions par la suite. Des représentants du ministère du Logement et du ministère de l'Infrastructure de l'Ontario et d'Infrastructure Canada ont assisté à nos réunions.

Le mandat du Groupe de travail tripartite était d'examiner l'accès des Premières Nations aux soins de longue durée et à d'autres options en matière de logement et de soins offertes aux aînés, et de présenter aux deux ordres de gouvernement des recommandations sur des possibilités d'amélioration des services et des programmes.

Au cours des derniers mois, notre Groupe de travail tripartite sur les soins de longue durée aux Premières Nations s'est réuni plusieurs fois, et nous avons mis en commun nos connaissances, nos recherches et nos données afin de comprendre le paysage de la santé et du logement dans lequel évoluent les Premières Nations de l'Ontario. Notre rapport final, que je communique aujourd'hui, renferme des analyses de données complètes, ce qui révèle de grands besoins liés à la santé de la population des Premières Nations de partout dans la province, ainsi que des lacunes au chapitre des services. Il recense aussi des priorités clés pour les Premières Nations et présente une série d'améliorations recommandées.

● (1550)

Je vais maintenant résumer ces éléments à l'intention du Comité, en commençant par les déterminants sociaux de la santé des Premières Nations. Les membres des Premières Nations en Ontario s'exposent à des résultats nettement inférieurs à ceux de la population générale, y compris à une plus courte espérance de vie, à une prévalence plus élevée de maladies chroniques et à des problèmes de santé mentale et de dépendance qui sont attribuables à une discrimination continue et à l'héritage de traumatismes intergénérationnels.

Les membres et les collectivités des Premières Nations en Ontario se heurtent souvent à des obstacles pour ce qui est de l'accès aux soins de santé, en raison de la fracture dans la prestation de services dans les administrations, du nombre limité de services de sécurité culturelle, de la discrimination raciale et de la géographie, ce qui contribue à de piètres résultats en matière de santé.

Pour presque tous les déterminants sociaux de la santé, les Premières Nations de l'Ontario sont désavantagées de façon disproportionnée par rapport aux autres Ontariens.

Les revenus des membres des Premières Nations — au niveau des ménages et des particuliers — sont très inférieurs à ceux de la population générale. En moyenne, le revenu après impôt des membres des Premières Nations représente 72 % du revenu moyen de tous les résidents de l'Ontario, ou 9 191 $ de moins. La prévalence d'un faible revenu après impôt était de près de 70 % plus grande dans la population autochtone provinciale que dans la population globale de l'Ontario, ainsi que dans le groupe des 65 ans et plus.

De nombreuses collectivités n'ont pas l'infrastructure de base requise pour garantir un approvisionnement en eau potable. En date du 31 janvier 2018, 60 avis d'ébullition d'eau à long terme visaient 28 collectivités des Premières Nations en Ontario. Je pense que ce sont maintenant 50. Cette situation a une incidence grave sur les services de santé qui peuvent être fournis au sein de la collectivité, puisque nombre de ces services, par exemple la dialyse, exigent un approvisionnement en eau potable.

L'absence de logements adéquats, sûrs et abordables — ce qui veut dire que les maisons respectent les normes minimales de santé et de sécurité et que les résidents peuvent assumer les coûts d'habitation — au sein de nombre des collectivités de Premières Nations a une énorme incidence sur la santé et est souvent une source d'insécurité sur le plan du logement pour les familles et les aînés.

La prolifération de moisissures dans les maisons est un enjeu important dans de nombreuses collectivités, et un plus grand nombre d'incendies de maison surviennent dans les réserves; le taux de décès attribuables à des incendies de maison est 10 fois supérieur à celui du reste du Canada. D'après la définition de logement inadéquat et insalubre de la SCHL, 36,4 % des logements des réserves de Premières Nations au Canada sont considérés comme inadéquats, et 14,8 % sont jugés insalubres.

En fonction des déterminants sociaux de la santé, on s'imaginerait que les besoins en matière de santé des Premières Nations sont plus pressants que ceux de la population générale. C'est précisément ce que nous avons constaté.

On a établi le Groupe de travail tripartite pour accéder à de nouvelles données produites en partenariat avec les chefs de l'Ontario et l'Institut de recherche en services de santé.

L'étude sur le vieillissement des Premières Nations a étudié la fragilité des populations des Premières Nations. Elle a révélé, comme nous le savons d'après nos propres collectivités, que le taux des adultes des Premières Nations qui sont fragiles et ont des maladies chroniques à un âge beaucoup plus précoce que la population générale est plus élevé.

Environ le quart (26 %) des adultes des Premières Nations âgés de 45 à 54 ans sont jugés « fragiles ». Cette forte hausse des niveaux de fragilité survient au sein de groupes d'âge beaucoup plus jeunes dans les populations des Premières Nations que dans la population en général, soit entre 25 et 30 ans plus tôt chez les Premières Nations vivant dans les réserves.

Cette situation a des répercussions énormes sur la nécessité des services de santé comme les soins de longue durée.

J'aimerais maintenant demander à Graham Mecredy, épidémiologiste principal de l'Institute for Clinical and Evaluative Sciences, de présenter plus en détail certaines des principales conclusions de l'étude sur le vieillissement des Premières Nations.

M. Graham Mecredy (analyste principal en santé, épidémiologiste principal, Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES), Chiefs of Ontario): Merci, Don.

Je vais tout de suite passer en revue trois diapositives, ainsi que quelques figures présentant les résultats que nous avons constatés.

Nous allons commencer par quelques renseignements démographiques de base. Ces renseignements proviennent du SII, qui est le Système d'inscription des Indiens. Il s'agit essentiellement d'un recensement de tous les membres enregistrés et inscrits des Premières Nations en Ontario. Vous voyez que, à mesure que l'âge augmente, il y a moins de personnes, ce qui est prévisible, mais l'élément intéressant de ce graphique, c'est la proportion de personnes qui vivent dans les réserves et hors réserve. Cette proportion augmente à mesure que vous vieillissez. Si on regarde le groupe des 45 à 54 ans, la proportion est d'environ 32 %, et celle-ci augmente jusqu'à environ 40 % dans le groupe d'âge supérieur.

La figure suivante est ce à quoi Don a fait allusion plus tôt. Elle concerne la fragilité des membres des Premières Nations. L'information à ce sujet provient d'une source différente. Elle provient d'une enquête sur la santé régionale, qui est un échantillon représentatif des membres des Premières Nations dans les réserves partout dans la province. Nous avons examiné une liste de 16 indicateurs différents de la fragilité par rapport auxquels les gens de l'enquête ont été interrogés — des choses comme la perception de la santé, l'IMC et la perte de vision. Vous verrez une liste dans l'annexe du rapport, si vous voulez le voir dans son intégralité.

Essentiellement, quiconque a été touché par plus de 5 de ces 16 affections était jugé fragile. Si quelqu'un en présentait de trois à cinq, il était considéré comme assez fragile. Une ou deux affections n'étaient pas un si grand problème, puisque ces personnes n'étaient pas jugées fragiles. La façon la plus facile d'examiner cette figure, c'est de regarder la section du bas dans chaque tranche d'âge, la barre bleu foncé. Cela vous montre que, à mesure que l'âge augmente, la proportion de personnes fragiles qui vivent dans des collectivités des Premières Nations augmente de façon radicale. Cette proportion augmente jusqu'à l'âge d'environ 65 ans, où elle atteint 50 %.

C'est un chiffre énorme. Pour le comparer à la population générale de l'Ontario, nous avons extrait des données de l'ESCC, soit l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, qui sont représentées par ces carrés rouges sur les deux dernières barres que vous voyez. Nous n'avions pas de renseignements pour toutes les tranches d'âge; nous n'en avions que pour les personnes âgées. Si on examine encore une fois le groupe des 65 ans et plus, seulement 16 % de la population générale de l'Ontario dans ce groupe d'âge est jugée fragile, par rapport à 50 %, comme je l'ai dit, dans les réserves des Premières Nations. Évidemment, c'est un écart énorme.

Comme Don l'a dit, les gens qui vivent dans des réserves des Premières Nations deviennent fragiles beaucoup plus tôt que la population générale. Si vous regardez le chiffre de 16 % et le comparez à celui des Premières Nations, vous devez retourner jusqu'à l'âge de 35 ans. Nous observons une différence de 25 à 30 ans en ce qui concerne l'apparition de cette fragilité; c'en est donc une de taille.

La dernière diapositive porte sur les pourcentages de personnes qui souffrent d'une ou plusieurs affections chroniques. Encore une fois, cela provient du SII. Nous avons une liste de 18 affections chroniques différentes. Encore une fois, cette liste figure dans l'annexe du rapport, donc vous pouvez l'examiner. Elle comprend des choses comme l'asthme, le diabète et le cancer — des maladies graves. Nous avons regardé dans la population des Premières Nations, dans les réserves et hors réserve, combien de personnes souffraient d'au moins deux de ces affections parmi les groupes d'âge.

Comme vous pouvez le voir, ce nombre augmente avec l'âge, comme on peut s'y attendre. On constate avec intérêt, si on regarde la différence entre les populations hors réserve et dans les réserves, qu'il semble en réalité y avoir un taux plus élevé d'affections chroniques multiples hors réserve. Ce taux augmente avec l'âge, et vous pouvez observer le plus grand écart dans le groupe des 75 ans et plus.

Nous ne savons pas avec certitude pourquoi c'est le cas. Il semble que les gens qui vivent hors réserve ont des interactions plus fréquentes avec le système de soins de santé. Ces données sont saisies lorsque des gens vont voir le médecin, se rendent à l'hôpital ou au service d'urgence. Pour apparaître dans ces données, ils doivent avoir accès à ces services. Les gens qui vivent hors réserve se trouvent probablement plus près de ces services et peuvent y accéder plus facilement, et ils apparaissent donc davantage dans nos données. Il est aussi possible que les gens qui ont des affections chroniques multiples soient plus susceptibles de quitter les réserves pour se rapprocher de ces services. Encore une fois, ils apparaissent de façon disproportionnellement plus élevée dans les données pour cette raison.

Mis à part cela, le principal point à relever, c'est le très grand nombre de personnes qui vivent avec la multimorbidité. Une fois que vous arrivez au groupe d'âge le plus élevé, de 70 à 80 % des personnes souffrent d'au moins deux de ces affections graves. Ce sont des personnes qui ont vraiment besoin de beaucoup de soins.

C'est tout pour moi, et je laisse Don terminer l'exposé.

● (1555)

Chef R. Donald Maracle: Merci, Graham, de votre exposé.

L'apparition beaucoup plus précoce de la fragilité dans les populations des Premières Nations par rapport à la population générale fait ressortir le besoin de mesures de soutien intensives, comme les soins à domicile, l'aide à la vie autonome et les soins de longue durée, et ce, plus tôt et plus souvent.

En date du novembre 2017, on retrouvait 628 maisons de soins de longue durée dotées de 78 943 lits autorisés en Ontario. De ce nombre, quatre maisons de soins de longue durée sont situées au sein de collectivités des Premières Nations, avec une capacité combinée de 223 lits autorisés, soit moins de 1 % des lits de soins de longue durée dans la province. En réalité, c'est 0,28.

En ce qui a trait aux services de santé et de logement à l'échelle du continuum de soins, même si notre Groupe de travail s'est concentré sur la nécessité et la disponibilité de soins de longue durée pour les collectivités et les membres des Premières Nations, nous savons également que les soins de longue durée complètent les mesures de soutien des soins continus qui sont offerts. Comme tous les Ontariens, les aînés des Premières Nations souhaitent rester chez eux le plus longtemps possible. Les investissements dans les soins à domicile et en milieu communautaire qui sont offerts, et la disponibilité d'options d'habitations collectives, comme des foyers pour personnes âgées qui offrent une aide à la vie autonome ou un logement supervisé, peuvent permettre à un plus grand nombre d'aînés de rester plus longtemps chez eux ou au sein de la collectivité.

Même si les maisons de retraite sont une option et qu'elles représentent souvent une solution de rechange possible pour les soins de longue durée, pour de nombreux Ontariens, les taux de pauvreté élevés et l'absence de maisons de retraite adaptées et appropriées sur le plan culturel dans les collectivités des Premières Nations éliminent cette option de paiement privée pour de nombreux aînés des Premières Nations.

Je tiens également à mentionner que les collectivités des Premières Nations ont souvent du mal à obtenir du financement d'immobilisations pour des établissements de santé et des logements. Même si elles ont accès à du financement de fonctionnement, l'accès à des fonds d'immobilisations est complexe, et il y a une certaine confusion sur le plan de la compétence.

Selon le besoin et les lacunes au chapitre des services, le Groupe de travail tripartite a cerné un certain nombre de priorités clés et a présenté des recommandations aux gouvernements de l'Ontario et du Canada. Les priorités pour les Premières Nations sont l'accès amélioré aux services, l'amélioration de la planification et du financement des immobilisations, le renforcement du processus décisionnel communautaire et l'amélioration de la collecte de données. Conformément à ces priorités, nous formulons les recommandations suivantes.

Réserver une portion des nouveaux lits dans les maisons de soins de longue durée pour les Premières Nations.

Que les gouvernements fédéral et provinciaux investissent à l'échelle du continuum de logements en fonction de ce qui répond le mieux aux besoins de la collectivité. Ces investissements devraient déterminer les éléments exigeant des coûts additionnels ainsi que les solutions possibles concernant l'exploitation d'installations au sein des collectivités des Premières Nations, et en tenir compte.

Que l'Ontario envisage d'étendre son programme de subventions de planification existant afin d'aider les collectivités des Premières Nations à déterminer les investissements en immobilisations requis pour mieux répondre aux besoins de leur population.

Que le Canada et l'Ontario, en partenariat avec les collectivités des Premières Nations, explorent les possibilités d'ententes de financement innovatrices et nouvelles pour les investissements en immobilisations rattachés à l'infrastructure de logements à l'échelle du continuum, en fonction des besoins des collectivités individuelles, qu'il s'agisse de soins de longue durée, d'aide à la vie autonome ou de logements supervisés.

Que le Canada et l'Ontario, en partenariat avec les collectivités des Premières Nations, mettent sur pied un mécanisme afin de faciliter le processus fédéral-provincial de planification des immobilisations pour les Premières Nations. Ce processus devrait permettre une approche de type « guichet unique », de sorte que les Premières Nations puissent accéder aux ressources dont elles ont besoin, plutôt que de devoir travailler séparément avec les programmes des territoires de compétences et les programmes individuels.

Que le Canada et l'Ontario, avec les collectivités des Premières Nations, améliorent la collecte des données sur la santé des aînés des Premières Nations et sur leur accès aux services, de manière à pleinement comprendre le besoin et à guider la prise de décisions.

Que l'Ontario travaille auprès du secteur des maisons de soins de longue durée, du secteur des ressources humaines et des collectivités des Premières Nations pour améliorer la formation appropriée et adaptée sur le plan culturel et pour réagir aux difficultés en matière de dotation concernant la prestation de services aux Premières Nations.

En conclusion, je souhaite insister sur le besoin pressant dans les collectivités des Premières Nations d'un accès amélioré au logement et aux services de santé dans l'ensemble du continuum de soins. Le rapport que nous vous avons présenté aujourd'hui exprime clairement la nécessité et formule des recommandations concrètes, qui représentent des occasions d'améliorer la vie des membres des Premières Nations de toute la province.

On a publié un communiqué de presse selon lequel le gouvernement de l'Ontario a consenti un investissement dans des lits de soins de longue durée supplémentaires, soit 30 000 sur 10 ans. On procède actuellement à l'attribution de 5 000 lits, et 500 parmi ceux-ci ont déjà été attribués à des collectivités des Premières Nations. Les Mohawks de la baie de Quinte en ont reçu 128. Un groupe autochtone à Toronto en recevra 128. Le reste est divisé entre sept Premières Nations différentes, mais avec chaque tranche de financement, les Premières Nations seront une priorité, car elles ont été longtemps négligées.

● (1600)

La présidente: Merci.

La première question sera posée par le député Mike Bossio.

M. Mike Bossio (Hastings—Lennox and Addington, Lib.): Merci beaucoup, chef Maracle et grand chef Abram, d'être ici aujourd'hui. Nous vous remercions vraiment de vos témoignages.

C'est exactement le genre de points de données et de renseignements dont nous avons besoin, qui vont énormément aider, dans l'avenir, à guider notre rapport et les Services aux Autochtones concernant la nécessité des soins de longue durée.

Monsieur, lorsque la ministre Philpott, vous, moi et d'autres représentants des Mohawks de la baie de Quinte nous sommes réunis l'hiver dernier, nous avons discuté des soins de longue durée. Les établissements ont été un élément de notre conversation, au même titre que de nombreux autres, mais c'était un élément central de cette conversation.

Pour les besoins du Comité et du rapport, pourriez-vous s'il vous plaît décrire les difficultés et les considérations uniques dont notre étude devrait tenir compte lorsque nous examinons les établissements de soins de longue durée dans les collectivités des Premières Nations?

● (1605)

Chef R. Donald Maracle: Je ne comprends pas votre question, Mike.

M. Mike Bossio: Nous savons qu'il existe beaucoup de besoins en matière de soins de longue durée au sein de la société, mais quelles sont certaines des difficultés uniques que vous voyez au sein de votre propre collectivité concernant ces besoins et la façon d'y répondre?

Chef R. Donald Maracle: J'ai distribué quelques renseignements. Sur la dernière page, vous verrez un rapport qui s'adresse au chef régional Isadore Day. C'est sur du papier portant l'en-tête du Canada.

Dans la région de l'Ontario, la situation concernant les immobilisations est unique. Si vous passez à la troisième page, vous verrez qu'en Ontario, la population autochtone qui vit dans les réserves est de 22 %; pourtant, la province ne reçoit que 14,5 % du financement global. Souvent, en raison des populations plus grandes dans les réserves de l'Ontario et du sous-financement chronique des programmes d'AANC, une bonne partie des fonds d'immobilisations qui sont accessibles sont détournés vers des dépenses de fonctionnement et d'entretien, ce qui limite énormément le budget d'immobilisations pour construire de nouvelles structures.

Le gouvernement du Canada doit prendre des mesures pour corriger cette situation qui touche la région de l'Ontario. Il y a eu des pourparlers avec la directrice générale régionale associée, Anne Scotton, et les employés de l'administration centrale. La ministre, Jane Philpott, est au courant. Nous attendons simplement la prise de quelques mesures correctives pour régler cette situation qui hante l'Ontario depuis des décennies, en raison de cette affectation des fonds injuste et chronique à l'égard des collectivités autochtones de l'Ontario.

M. Mike Bossio: Ce que je voulais aussi mentionner, c'est que les Mohawks de la baie de Quinte eux-mêmes sont assez représentatifs du besoin global qui existe en matière de soins de longue durée. Peut-être que ce que vous pourriez faire, c'est nous donner un aperçu du besoin des Mohawks de la baie de la Quinte et de la façon dont cela reflète le besoin global pour les collectivités autochtones.

Chef R. Donald Maracle: J'aimerais vous renvoyer à une autre page que j'ai distribuée. Il y a là une lettre de notre infirmière, Gloria George, et elle estime que 37 membres... En ce moment, 60 membres reçoivent des soins à domicile et des soins communautaires, donc cela représenterait environ 60 ménages. Notre collectivité compte plus de 1 200 ménages. En plus de cela, environ 2 200 des 10 000 membres vivent dans la réserve. En périphérie de la réserve, environ 3 000 membres vivent à une petite distance de la réserve, et si les services sont offerts dans la collectivité, ils s'attendent à les recevoir, parce que ce sont des membres de la bande.

En ce moment, le gouvernement fédéral nous encourage à traiter tous nos membres également. Ils ont peut-être grandi dans la réserve et ont dû la quitter en raison de la pénurie de logements ou pour obtenir un emploi, mais lorsqu'ils prennent leur retraite, beaucoup d'entre eux reviennent chez eux, et il y a donc beaucoup de pressions pour trouver du logement et des soins de longue durée. Comme vous pouvez le voir dans le rapport, un certain nombre de personnes sont en attente d'un placement dans un foyer pour aînés. De nombreuses personnes sont fragiles et ne peuvent trouver un logement abordable en raison de revenus limités. Il y a aussi une pénurie de logements abordables dans les municipalités autour de la réserve mohawk et dans presque toutes les réserves de l'Ontario. Je sais que le gouvernement national a reconnu que l'on doit aider les municipalités à composer avec la question du logement abordable au pays.

M. Mike Bossio: Je vois votre liste. En ce moment, un total de 66 personnes sont sur la liste d'attente.

Chef R. Donald Maracle: C'est seulement pour le logement, mais de ce nombre, probablement beaucoup auront besoin de soins de longue durée.

M. Mike Bossio: Exactement, et c'est là où je voulais en venir.

Monsieur Bouchard.

M. Bernard Bouchard (associé, Assured Consulting, Mohawks de la baie de Quinte): J'allais mentionner que dans le RLISS du Sud-Est, 5 210 personnes sont en attente de soins de longue durée. En Ontario, nous savons qu'au cours des 14 dernières années, la liste d'attente n'a pas du tout diminué. En réalité, elle s'est rallongée. Même si le gouvernement a annoncé de nouveaux lits, et ce sont de bonnes nouvelles pour tout le monde, plus de 3 200 personnes qui sont admissibles à des soins de longue durée ne peuvent trouver de lit. Nombre d'aînés des Premières Nations ne peuvent se permettre les coûts du logement privilégié, qui est semi-privé ou privé. Souvent, ce qui arrive, si vous avez les moyens de payer une chambre privée, c'est que vous pouvez entrer beaucoup plus rapidement dans l'établissement. Le revenu des aînés des Premières Nations qui vivent dans une réserve est si bas que ce sont ceux qui finissent par se retrouver à l'hôpital ou à vivre chez eux, exposés au risque. Nous voyons que le système ne tient pas vraiment compte de ces enjeux, et c'est pourquoi nous entendons chaque jour les mauvaises histoires qui surviennent dans les établissements de soins de longue durée, ainsi que les hôpitaux et les services d'urgence, qui sont pleins à craquer. Les aînés des Premières Nations n'ont pas le revenu nécessaire. Ils ne peuvent pas accéder au système de fonds publics pour les chambres privées et semi-privées, et ils doivent donc attendre ce qu'on appelle un « logement de base ». Soixante-dix pour cent des 30 000 aînés que compte l'Ontario ne peuvent payer que le logement de base. C'est un des problèmes.

● (1610)

M. Mike Bossio: Diriez-vous, en plus, qu'ils pourraient être éclipsés par l'explosion démographique qui se produit avec notre société vieillissante au Canada? C'est l'inverse de ce qui se passe dans les collectivités autochtones. Il y a beaucoup plus de jeunes. Nous assistons à une croissance exponentielle au sein des collectivités autochtones, mais c'est tout à fait le contraire dans...

M. Bernard Bouchard: Lorsque la province de l'Ontario a ajouté 20 000 lits en 1998, elle a fondé ses calculs sur la formule axée sur les personnes âgées de 75 ans et plus. À l'époque, lorsque nous avons examiné les groupes des Premières Nations, en 2006, nous avons vu que l'âge moyen était près de 10 ans de moins. Ce que ce rapport démontre, c'est que c'est encore moins que cela. Nous pourrions même considérer les 55 ans comme un groupe qui pourrait avoir besoin de soins de longue durée, mais vous avez raison; nous croyons habituellement que les soins de longue durée sont destinés aux gens de 75 ans et plus.

La présidente: C'est maintenant au député Arnold Viersen de poser une question.

M. Arnold Viersen (Peace River—Westlock, PCC): Je remercie nos invités d'être ici aujourd'hui.

Souhaitez-vous terminer cette réflexion?

M. Bernard Bouchard: Non, c'est bon.

M. Arnold Viersen: Je ne suis pas certain de savoir quel est l'objectif véritable. Nous n'avons pas entamé cette étude parce que nous avons vu un problème majeur; nous voulions seulement le comprendre.

D'où je viens particulièrement, dans le Nord de l'Alberta, ce problème dans les réserves ou hors réserve n'existe pas vraiment. La ville la plus proche finit par être celle où vous allez vivre dans un établissement de soins de longue durée.

Ce qui est intéressant, c'est que, dans les réserves ou hors réserve, les gens sont juste frustrés par le fait qu'ils doivent quitter leur collectivité et aller vivre 100 kilomètres plus loin dans un établissement de soins de longue durée.

Je me demandais quel était votre point de vue sur la question. Est-ce un enjeu également?

Chef R. Donald Maracle: Par rapport à la question des 78 000 lits de soins de longue durée autorisés en Ontario, 50 % d'entre eux doivent être réaménagés, ou les maisons de soins perdront leur licence. Si c'est le cas, la pénurie de lits sera encore plus chronique.

En plus de cela, 50 % de ces lits sont offerts à un taux de base. Si les membres des Premières Nations n'ont pas d'autres pensions, mis à part la pension de la Sécurité de la vieillesse et le Supplément du revenu garanti, ils n'y sont pas admissibles. Ils n'ont pas assez de revenus pour aller là-bas. Puis, si on associe cela à l'augmentation alarmante et aux listes d'attente, l'augmentation des besoins en matière de soins de longue durée...

Dans le RLISS du Sud-Est, le taux d'occupation est de 99,2 %, ce qui signifie que les gens doivent attendre jusqu'au décès d'une personne pour qu'un lit se libère. Le RLISS du Sud-Est a la liste d'attente chronique la plus importante de tous les foyers, mais tous les foyers de l'Ontario ont de longues listes d'attente chroniques, qui vont parfois jusqu'à deux ans. Le gouvernement canadien et la province de l'Ontario sont censés s'être engagés à s'occuper du bien-être des citoyens du pays. Les deux gouvernements ont la responsabilité de réagir à ce besoin, qui nécessite une prise en considération immédiate.

Lorsque la province de l'Ontario l'a examiné, elle a reconnu qu'il y avait une négligence de longue date touchant les Premières Nations au chapitre des investissements en soins de longue durée et des options en matière de logement. C'est pourquoi l'ensemble du dossier est si lamentable.

Nous sommes ici aujourd'hui pour demander au gouvernement fédéral de faire quelques investissements d'immobilisations dans le logement et les soins de longue durée et de s'associer avec la province de l'Ontario et les collectivités des Premières Nations pour réagir à cette situation.

M. Bernard Bouchard: J'aimerais réagir à votre point.

Habituellement, en ce qui concerne les soins de longue durée, nous estimons qu'un rayon d'une heure est acceptable, mais dans les Premières Nations, si vous examinez les établissements, il n'en existe que quatre. Vous pourriez devoir faire jusqu'à sept heures de route, et les possibilités d'interaction avec votre famille sont très minimes. C'est très différent d'aller à Smiths Falls dans un établissement de soins de longue durée. Je travaille auprès de la Première nation crie de la Moose, et elle se trouve à 1 200 miles. Si votre aîné quitte cette collectivité, vous n'allez pas lui rendre visite.

En Ontario, comme il y a une très grande pénurie de soins de longue durée pour les membres des Premières Nations, ils doivent se déplacer à gauche et à droite. Lorsque la personne se déplace, si c'est un couple âgé, par exemple, et que l'époux ne peut pas conduire, il ne fait plus de visites. Il y a beaucoup plus de complications. Si vous êtes dans un contexte urbain, c'est une chose, mais pour la plupart des Premières Nations, on peut s'attendre à ce qu'elles soient assez réparties.

Je ne crois pas que le même argument fonctionne dans ce cas. C'est pourquoi nous devons soutenir nos établissements des Premières Nations.

● (1615)

M. Arnold Viersen: Un des problèmes que nous rencontrons tout le temps — d'où je viens, en tout cas — c'est que nous pouvons construire l'établissement, mais c'est une tout autre affaire que de faire venir des gens pour y travailler. Avez-vous eu des expériences de ce genre?

Je suis un peu inquiet. Par rapport aux établissements autorisés, parfois, ce que le gouvernement fait, c'est simplement abaisser les exigences en matière d'autorisation, puis nous obtenons plus d'établissements.

Chef R. Donald Maracle: Les Mohawks de la baie de Quinte, avec le First Nations Technical Institute, ont une excellente feuille de route en ce qui concerne l'association avec des collèges et des universités pour fournir des programmes de formation, de sorte que les gens puissent obtenir les qualifications professionnelles appropriées. Nous utiliserions ce modèle là-bas. Il y a bien assez d'argent pour fournir des compétences en matière d'emploi et de formation qui sont assurément nécessaires partout en Ontario. Il y aura bien assez de possibilités d'emploi dans ces domaines.

Le grand chef Joel Abram (grand chef, Association of Iroquois and Allied Indians): *Shekoli swakweku*, tout le monde. Je viens de la nation Oneida of the Thames. J'ai été élu chef de 2008 à 2014. Durant cette période, nous avons construit un établissement de soins de longue durée. C'était le premier à être construit en Ontario en plus de 25 ans, depuis qu'on avait attribué quelques contrats à Akwesasne. Je peux parler de certaines des difficultés que nous avons rencontrées au moment de la construction de l'établissement. Au bout du compte, tout ce que je peux dire, c'est que je remercie le ciel pour la récession de 2008 et les fonds de relance. Les Premières Nations sont presque constamment dans un mode de récession et de dépression. Nous avons été en mesure de soutirer des fonds à FedDev, mais jusque-là, personne au gouvernement n'allait appuyer cela. Même AANC a dit qu'il n'avait pas de fonds réservés précisément aux établissements de soins de longue durée. Sa priorité est ailleurs. Je ne suis pas au courant de l'eau potable, compte tenu de la situation, mais il n'y a juste pas assez de fonds.

En ce qui concerne l'emploi et la formation, nous comptons environ 6 000 membres, dont 2 400 se trouvent dans la réserve. Nous avons commencé la formation à peu près au même moment que la construction. Nous avions des programmes de démarrage pour les PSSP qui utilisaient nos dollars consacrés à l'emploi et à la formation et encourageaient les gens à se diriger vers les programmes d'IAA et de santé, ce genre de choses. En ce moment, nous comptons environ 70 postes à temps plein et à temps partiel de PSSP. Nous avons des IAA, des employés de l'administration, des employés de la maintenance, toute la gamme. De 60 à 70 % peut-être sont des employés des Premières Nations. Ils ne sont pas tous issus de la nation Oneida. Certains proviennent de Premières Nations voisines, et d'autres ne sont pas membres des Premières Nations. Nos résidents viennent aussi de la nation Oneida et des Premières Nations locales dans la région du Sud-Ouest et de la population générale. Nous avons une combinaison.

Au début du processus de dotation, vous devez prendre quelques initiatives et faire certaines choses pour vous assurer de constituer vos ressources. Le parcours a été semé d'embûches.

La présidente: Merci.

C'est maintenant au tour de la députée Rachel Blaney de poser des questions. Vous avez sept minutes.

Mme Rachel Blaney (North Island—Powell River, NPD): Merci à vous tous d'être ici avec nous aujourd'hui.

Chef Maracle, pourriez-vous nous dire un peu comment votre collectivité dépense les fonds fédéraux pour les soins de longue durée? Y a-t-il également des fonds provinciaux? Avez-vous eu du mal à rapprocher les fonds?

Chef R. Donald Maracle: C'est une licence pour 128 lits. La province va fournir une subvention par lit et par personne de 17,55 $ par jour. Cela pourrait aller jusqu'à 18 $. Cela permettrait de générer environ 12 millions de dollars qui proviendraient du gouvernement de l'Ontario. La construction de l'établissement de soins de longue durée va coûter 28,2 millions de dollars, donc nous recherchons environ 15 millions de dollars.

Mme Rachel Blaney: D'accord, merci.

Chef R. Donald Maracle: Le problème avec Affaires autochtones, c'est la façon dont il définit le logement. À mes yeux, une maison est un toit au-dessus de votre tête, un endroit où vous mangez et dormez. Que ce soit un établissement de soins de longue durée, un bungalow ou un appartement, cela demeure un abri. La partie des soins de longue durée, ce sont les services fournis: des soins infirmiers, des PSSP, la préparation des repas, les bains. Cela pourrait être une combinaison des services, et une vision différente de ce qu'est le logement, et je crois que peut-être une certaine partie des fonds pourrait provenir du logement, d'Affaires autochtones, pour construire l'établissement de soins de longue durée, parce que des gens vivent là-bas.

Mme Rachel Blaney: Je représente une circonscription en région très rurale, qui compte plus de 20 collectivités autochtones. Une des difficultés, c'est qu'elles sont très éloignées et très petites; elles essaient de savoir où elles vont envoyer leurs aînés, qui sont très malheureux.

Je pense que l'autre élément qui est très important à ce propos, c'est que quand il y a des cas de démence dans nos collectivités, les personnes perdent souvent leur capacité de s'exprimer en anglais dans certains cas, et elles vont donc quelque part où elles n'obtiennent pas le soutien dont elles ont besoin.

Vous avez dit que vous avez constaté une augmentation des fonds, mais les problèmes demeurent les mêmes. Pourriez-vous nous dire pourquoi?

● (1620)

Chef R. Donald Maracle: On a augmenté les fonds destinés au soutien à domicile, c'est-à-dire les préposés aux services de soutien à la personne et les infirmières qui se rendent à domicile et fournissent les soins, mais un nombre chronique de personnes ne peut trouver un logement abordable, et ce sont des aînés qui sont vulnérables, qui sont à risque. Souvent, lorsque leur santé se détériore jusqu'au point où elles font des chutes chroniques ou commencent à perdre la vue, ou que la gangrène se répand et qu'elles doivent subir des amputations ou que l'époux meurt, avec un revenu plus faible, elles ne peuvent assumer le coût d'habitation, et elles se retrouvent donc avec une combinaison de problèmes de santé multiples et d'états de fragilité, et elles ne peuvent donc pas vivre seules. Et lorsque vous essayez de trouver une place dans un établissement de soins de longue durée, vous pourriez devoir attendre deux ans. Ou en présence de la maladie d'Alzheimer, elles sont à risque d'errance, de noyade, et de choses de ce genre, parce que personne ne reste auprès d'elles. Les soins à domicile ne se font pas sur une période de 24 heures. Les personnes obtiennent un maximum de quatre heures par jour.

Mme Rachel Blaney: Oui, ce qui est un énorme...

Chef R. Donald Maracle: Lorsque la situation des gens évolue et qu'ils ont besoin de soins qui dépassent ce niveau, la seule solution de rechange est un établissement de soins de longue durée.

Mme Rachel Blaney: Puis la difficulté consiste à essayer de trouver un établissement qui pourra s'occuper de ces personnes.

Chef R. Donald Maracle: Il n'y en a pas. Vraiment, notre collectivité n'a pas de chance. Il n'y a pas de place. Les personnes qui sont le plus fragiles et les plus vulnérables n'ont nulle part où aller. Ce sont les personnes qui ont construit les routes. Elles ont construit les hôpitaux. Elles ont occupé tous les emplois. La seule chose que ce pays peut leur dire lorsqu'elles sont les plus fragiles et ont le plus besoin d'aide, c'est qu'il n'y a nulle part où aller.

Mme Rachel Blaney: Nous venons de terminer un rapport sur une stratégie nationale pour les aînés. Nous avons entendu à maintes occasions que les collectivités autochtones forment une des collectivités d'aînés et de personnes âgées les plus vulnérables, et que l'on doit examiner cette situation. Une des choses qui sont ressorties dans ce rapport, c'était l'absence de données qui sont recueillies.

Pourriez-vous me parler un peu plus de ce que votre collectivité fait? Voyez-vous la collecte de données qui est nécessaire pour mesurer et examiner les questions qui sont soulevées?

Chef R. Donald Maracle: Lorsque des gens présentent une demande pour aller dans une maison de soins de longue durée, s'ils peuvent dire qu'ils ont accès à des services de santé non assurés, cela viendrait prouver qu'ils sont des Indiens inscrits. Mais aucune donnée de la sorte n'est recueillie dans aucun des 14 établissements pour hommes... Cela repose sur ce que la collectivité sait. Presque 8 000 personnes vivent hors réserve. Certaines d'entre elles, quelque 3 000... Personne ne connaît leur état de santé, jusqu'à ce qu'elles viennent chercher une place. Nous recevons très souvent au bureau des appels où on cherche à trouver une place pour l'être cher, et il n'y en a pas.

Mme Rachel Blaney: Vous avez dit qu'il y avait une confusion sur le plan de la compétence. Pourriez-vous nous dire un peu plus de ce que vous entendiez par là?

Chef R. Donald Maracle: À titre d'exemple, la FedDev devrait exister pour créer des emplois, des emplois à long terme. Ce devrait être son objectif ultime. Cependant, les représentants de l'organisation diront peut-être qu'ils peuvent acheter certaines pièces d'équipement pour cet endroit, mais c'est à peu près tout. Dans le cas d'une demande présentée dans le cadre du PPCP, les critères sont encore un peu différents. On peut obtenir 1 million de dollars, comme on peut en obtenir 3 millions.

Par l'intermédiaire de la corporation Trenval, on peut obtenir 250 000 $. Il y a diverses enveloppes budgétaires ici et là. Si tout était coordonné, les Premières Nations pourraient mieux planifier et démarrer des projets plus rapidement que s'ils doivent aller chercher des fonds un peu partout.

Le gouvernement fédéral doit adopter une approche coordonnée en matière de services essentiels, comme les soins de santé et les soins de longue durée. S'il crée un partenariat avec la province... je ne dis pas qu'il devrait donner tout l'argent à la province et que celle-ci déciderait ensuite ce qu'elle en ferait. Le gouvernement fédéral doit associer certains produits livrables aux fonds transférés aux provinces. Le besoin, actuellement, concerne les capitaux. Le principal enjeu en Ontario, ce sont les capitaux pour des projets, qu'il s'agisse de logements, de routes, de systèmes d'aqueduc ou de soins de longue durée.

Mme Rachel Blaney: Absolument.

L'une des choses dont vous avez aussi parlé, c'était les défis auxquels font face les gens dans les réserves et à l'extérieur des réserves. Si les gens vivent près d'une collectivité, ils viennent pour essayer d'avoir accès aux services dans la réserve. Bien sûr, ils ne respectent pas nécessairement la formule. Pouvez-vous nous parler rapidement de ces défis et de la créativité dont vous avez fait preuve pour les relever.

Chef R. Donald Maracle: Beaucoup de tout ça a été imposé par le gouvernement fédéral. Ce n'est pas imposé par les Premières Nations. Certains des programmes et des services sont conçus pour les gens qui vivent dans les réserves. La liste d'attente est habituellement composée de personnes qui ne vivent pas dans la réserve, mais qui aimeraient y vivre. Je vous ai donné une liste des critères d'habitation pour vous montrer le nombre de personnes qui frappent à la porte et qui veulent vivre dans la réserve. Nous avons besoin de capitaux du Canada pour régler certains de ces problèmes.

● (1625)

Mme Rachel Blaney: Avez-vous une certaine idée de la raison pour laquelle les gens qui vivent à proximité de la réserve, mais tout de même à l'extérieur de la réserve, ne sont pas à l'aise à l'idée d'avoir accès aux services dans d'autres collectivités?

Chef R. Donald Maracle: Les services ne sont pas accessibles, au départ. Il y a un manque de logements abordables dans quasiment toutes les municipalités. Souvent, les gens se présentent dans la réserve pour voir s'il y a des logements abordables et ils se rendent compte qu'il y a une longue liste d'attente. C'est vraiment qu'il n'y a pas de place pour eux.

L'autre chose, c'est que les gens veulent revenir à la maison. Ils ont grandi ici. Ils ont des membres de leur famille qui vivent ici. Ils veulent revenir chez eux. Ils sont à la retraite. Ils ont travaillé. Non seulement certaines de ces personnes ont survécu aux pensionnats, beaucoup sont d'anciens combattants de la Deuxième Guerre mondiale et d'autres guerres aussi, des militaires qui ont servi dans le cadre d'opérations de maintien de la paix. Maintenant qu'ils sont fragiles, la seule réponse qu'on peut leur donner, c'est qu'on n'a rien pour eux.

La présidente: Merci.

Nous allons conclure le tour de questions par le député Gary Anandasangaree.

M. Gary Anandasangaree (Scarborough—Rouge Park, Lib.): Madame la présidente, je cède mon temps de parole au député Bossio.

M. Mike Bossio: Merci à mon merveilleux collègue M. Anandasangaree.

Chef, encore une fois, j'aimerais revenir à la réalité de la situation des Mohawks de la baie de Quinte. Nous avons abordé rapidement la question des données épidémiologiques existantes, mais on peut seulement les obtenir par l'intermédiaire de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Il n'y a pas de données qui nous brossent un tableau clair du réel besoin ressenti dans les collectivités autochtones.

Les Mohawks de la baie de Quinte constituent une collectivité autochtone très évoluée, du point de vue de la gouvernance et de l'administration, et vous contrôlez mieux ce qui se produit dans votre collectivité que ne réussiraient à le faire la plupart des gens. Il pourrait être utile de se pencher sur le cas de votre collectivité et les points de données qui, selon vous, vous seraient utiles. Vous pourriez ensuite les comparer aux besoins dans d'autres collectivités qui ne sont pas aussi bien gérées que la vôtre.

Chef R. Donald Maracle: Pour ce qui est des données, beaucoup des membres de notre bande ont obtenu un diplôme d'une école de soins infirmiers. Nous avons des infirmiers et des infirmières autorisés, des infirmières et des infirmiers psychiatriques autorisés, des infirmières et des infirmiers auxiliaires autorisés et tout ça. Pour ce qui est d'un des points de données, il y a un rapport du personnel du corps infirmier qui visite directement les personnes recevant les soins. Ces personnes ont aussi des parents, et nous savons, parce que nous avons parlé aux familles, quels sont les besoins de leur famille. Il n'y a pas de façon officielle de recueillir les données actuellement, et c'est ce qu'on doit faire, trouver une façon officielle de recueillir les données.

M. Mike Bossio: Vous êtes responsable de...

Chef R. Donald Maracle: Pour ce qui est du Programme des services de santé non assurés administré par le Canada, les responsables de ce programme connaissent les types de médicaments que les gens prennent et les genres de problèmes de santé sur le terrain. Ils ont des données sur le profil de santé des membres des Premières Nations dans les réserves, et ce, par groupe d'âge.

Je crois que, dans les RLISS du Sud-Est, il y a 5 000 personnes sur une liste d'attente. Certains sont placés pour des raisons chroniques et ils n'ont nulle part où aller. Nous savons que 3 000 de nos membres vivent dans un rayon rapproché de la réserve en raison du manque de logements, alors j'imagine qu'une bonne partie des personnes sur la liste d'attente sont nos membres.

M. Mike Bossio: Vous n'auriez pas par hasard ces données?

Chef R. Donald Maracle: Nous ne les avons pas. Personne ne recueille ces données quant aux nombres par bande.

M. Mike Bossio: Dans un monde idéal, quelles données aimeriez-vous obtenir? Quelles données, selon vous, refléteraient vraiment les besoins en ce qui a trait aux soins de longue durée?

Chef R. Donald Maracle: Selon moi, ce qu'il faut comprendre, Mike, c'est que lorsqu'une personne obtient une licence du ministère de la Santé pour offrir des soins de longue durée, les places doivent être offertes aux personnes de l'Ontario qui en ont besoin parce que les installations sont subventionnées par des fonds publics. Nous pouvons donner la priorité à nos membres et aux autres membres des Premières Nations, mais, s'il reste des places disponibles, il faut les offrir à quiconque en a besoin parce que le financement est public. C'est pour cette raison que toutes les places dans les réserves des Premières Nations... Pour ce qui est de Joel, ils ont un certain nombre de non-Autochtones vivant dans l'installation de soins de longue durée des Oneidas, et c'est la même chose pour les autres. La situation serait la même dans la nôtre.

M. Mike Bossio: Monsieur Bouchard.

M. Bernard Bouchard: J'allais dire que, selon moi, à la lumière du rapport, nous pouvons maintenant abaisser le groupe d'âge. Nous pouvons commencer à examiner ce genre de données afin de voir combien de personnes de 55 ans et plus ont besoin de ça. Lorsque la province de l'Ontario a réalisé son évaluation et en est venue à 20 000 places, elle l'a fait pour les 75 ans et plus. Nous commençons maintenant à comprendre qu'il faut abaisser l'âge.

Il faut se demander le chiffre qu'il faut choisir au moment de recueillir l'information. Je crois que 55 ans est raisonnable, alors ce ne serait pas si difficile que ça d'obtenir ces renseignements.

Ce qui est important, ici, cependant, c'est que beaucoup de membres des Premières Nations sont invisibles. Ils sont dans les hôpitaux. Ils vivent chez eux, et ils sont à risque. Leur famille prend peut-être soin d'eux, mais nous ne savons pas ce qui se passe tant qu'il n'y a pas de crise. Franchement, je crois que ces situations sont sous-déclarées. Nous aurions probablement besoin de plus de places que nous en demandons.

● (1630)

M. Mike Bossio: J'imagine que, c'est là où j'essayais d'en venir, puisqu'il y a des personnes dans les réserves et à l'extérieur des réserves, chez eux, et des familles qui vivent ensemble dans des logements où elles prennent soin de leurs aînés. C'est quasiment une situation où la province a choisi un nombre, mais elle l'a sorti un peu de nulle part en disant que ça semblait adéquat.

M. Bernard Bouchard: Si on regarde les 14 dernières années, on constate que la liste d'attente n'a pas diminué. Avec tout le bon travail qu'on fait du côté des soins à domicile, tout le bon travail qu'on a fait avec le RLISS, et toutes les mesures permettant aux gens de rester chez eux, force est d'admettre que, en 14 ans, on n'a pas vraiment beaucoup réduit le nombre de personnes qui attendent.

J'exploite une installation de soins de longue durée et j'ai une liste d'attente de deux ans, près d'Ottawa. Les gens se présentent, mais ne peuvent pas avoir de place. Je crois que, du côté des Premières Nations, les gens sont encore plus invisibles, et il y a encore moins d'argent, alors lorsque des places deviennent disponibles, des places en chambre privée ou semi-privée — et c'est 60 % de la licence — ces personnes n'y auront pas accès.

M. Mike Bossio: Pour terminer, monsieur Mercredy, je sais que vous êtes épidémiologue. Dans un monde idéal, quel genre de données aimeriez-vous obtenir afin d'obtenir des indications concrètes vraiment représentatives des besoins?

M. Graham Mecredy: Je crois qu'on commence à y arriver avec ce qu'on vous a montré, soit que les membres de la population vieillissante sont plus fragiles et sont plus susceptibles de souffrir d'affections chroniques. C'est une façon de commencer à comprendre les besoins.

En réalité, cependant, nous n'avons pas de données sur le nombre de personnes qui présenteraient une demande si de telles places étaient disponibles, et nous n'avons pas de données pour savoir ce à quoi la liste d'attente ressemblerait. Nous n'avons pas vraiment accès à ce genre de données, alors je crois que des améliorations à cet égard aideraient beaucoup.

Chef R. Donald Maracle: Mike, il y a quelques années, nous avons bâti un immeuble d'appartements de 25 unités pour des aînés. Tout le monde a dit: « qui va vivre là? » Il y a une liste d'attente de 11 personnes, et il y a des pressions politiques au sein du conseil pour qu'on sorte quelqu'un pour qu'une autre personne puisse prendre sa place.

L'autre point que je voulais soulever, c'est que le temps revêt une importance critique dans le cadre de cette proposition parce que l'Ontario a offert une licence de 128 places à notre collectivité. Il est évident qu'il y a des besoins dans les RLISS du Sud-Est. Nous savons que 3 000 de nos membres vivent dans cette région, dont 2 200 dans la réserve.

Il faut commencer la planification et la conception et construire le tout d'ici 2022 pour maintenir l'engagement financier provincial. Actuellement, il faut commencer la planification et obtenir des résultats relativement à ces 12 millions de dollars de fonds provinciaux.

M. Mike Bossio: Au bout du compte, qu'est-ce qui vous empêche, selon vous, de réaliser ce projet?

Chef R. Donald Maracle: Du financement d'immobilisations du gouvernement fédéral.

M. Mike Bossio: De combien de capitaux auriez-vous besoin?

Chef R. Donald Maracle: Quinze millions de dollars.

M. Mike Bossio: Merci.

La présidente: C'est une bonne façon de conclure.

Je vous remercie beaucoup d'être venus devant le Comité permanent. Nous vous en sommes reconnaissants. Votre rapport était très intéressant et contenait beaucoup de statistiques. C'est très utile. Merci beaucoup. *Meegwetch.*

Nous allons suspendre la séance deux ou trois minutes le temps que le prochain groupe de témoins se prépare.

●

——— (Pause) ———

●

● (1635)

La présidente: Bienvenue au Comité. Nous nous intéressons à la question des soins de longue durée. Merci d'être là, de comparaître et d'être venus à Ottawa aujourd'hui.

Nous allons commencer par le grand chef Abram Benedict. Allez-y. Vous avez environ 10 minutes. Ensuite, nous procéderons à une ronde de questions des députés.

Le grand chef Abram Benedict (grand chef, Gouvernement mohawk, Conseil des Mohawks d'Akwesasne): Bonjour. *Sekoh.* Je vous salue au nom du Conseil des Mohawks d'Akwesasne et de la collectivité d'Akwesasne.

Je suis le grand chef Abram Benedict. Je suis accompagné aujourd'hui de Keith Leclaire, notre directeur des services de santé.

Nous allons vous décrire aujourd'hui nos services de santé et les façons que nous avons trouvées pour améliorer la coordination et la prestation des services dans notre collectivité. En utilisant la culture comme pierre angulaire de nos efforts, nous utilisons une approche communautaire fondée sur les forces réunissant les soins de santé traditionnels et occidentaux dans un système de santé intégré. Pour cette raison, nous sommes une collectivité des Premières Nations moderne qui offre des services de santé fondés sur la promotion de la force culturelle d'Akwesasne.

Notre collectivité — la carte est affichée afin que vous puissiez la consulter — est située à environ une heure au sud d'ici, sur la frontière internationale entre le Canada et les États-Unis. Notre communauté est unique du point de vue des sphères de compétence. Elle chevauche une frontière internationale, et la moitié de nos membres vivent au Canada, au Québec et en Ontario, et l'autre moitié, aux États-Unis, dans le Nord de l'État de New York. C'est un peu ce qu'on peut voir sur la carte. Les îles, au nord — en gris —, et la partie continentale relèvent du Conseil des Mohawks. La zone en bleu, avec les lignes rouges et bleues est la composante de l'État de New York.

Le Conseil des Mohawks est l'organisme de gouvernance de la portion canadienne d'Akwesasne. Nous comptons environ 12 500 membres. Le Conseil des Mohawks compte huit services et environ 800 employés à temps plein — et il y en a plus de 1 000 lorsqu'on compte aussi les employés à temps partiel — qui assurent la prestation d'environ 100 millions de dollars de services, en partenariat avec le gouvernement fédéral, surtout, ainsi que les gouvernements provinciaux.

Cette situation unique crée beaucoup de défis en ce qui a trait à la prestation des services et des programmes, parce que nous devons respecter — tout particulièrement pour ce qui est du sujet de l'exposé d'aujourd'hui — les exigences en matière de santé de deux provinces, et ce, même si nous sommes une seule collectivité. De plus, la collectivité d'Akwesasne est enclavée géographiquement par le fleuve Saint-Laurent d'un côté, nous sommes séparés de la partie continentale du Canada, d'un côté, et des États-Unis de l'autre. Les trois districts servis par le Conseil des Mohawks — l'île Corwall, le district Tsi Snaihne ainsi que Kanatakon, qu'on appelle aussi le village St. Regis dans le district Tsi Snaihne — relèvent tous du Conseil.

Comme fardeau supplémentaire, nous devons aussi rendre des comptes à l'ASFC, qui est située dans la ville de Cornwall, avant de retourner dans le district de Kawehnoke, c'est-à-dire sur l'île Cornwall dans la province de l'Ontario. Ce point d'entrée arrive au dixième rang des points les plus occupés, avec environ 2 millions de passages chaque année, dont 70 % sont le fait des Mohawks d'Akwesasne. Vous avez bien compris: 70 %. Lorsqu'on regarde les collectivités frontalières partout au pays, dans aucun cas leurs membres ne représentent 70 % de la circulation frontalière quotidienne. On parle de 70 % d'Autochtones. Il y a une énorme différence, ici, lorsqu'il est question de collectivités frontalières où des gens traversent sans arrêt la frontière. Nulle part ailleurs au pays on ne voit le même groupe de personnes, en gros, traverser la frontière internationale jour après jour.

Malgré tout, le CMA a fait preuve de diligence pour réduire au minimum les répercussions frontalières sur la vie quotidienne des membres de la collectivité en négociant des arrangements spéciaux dans des domaines comme les services d'urgence. Nous misons aussi sur un protocole politique avec le Canada, pour appeler le Canada et les provinces à discuter de solutions aux problèmes de compétence auxquels notre collectivité est confrontée. Cela inclut la question des soins de santé.

Akwesasne offre des services autochtones similaires à ce que les autres collectivités des Premières Nations offrent. Je dois souligner que, depuis 20 ans, nous exploitons notre propre service d'ambulance financé par l'Ontario, le Québec et nous-mêmes. Nous assurons la prestation des services ambulanciers dans notre collectivité. Depuis 22 ans, nous contrôlons intégralement notre programme des services de santé non assurés, qui est habituellement administré, maintenant, en tout cas, par Services aux Autochtones, mais qui l'était auparavant par Santé Canada. Depuis 25 ans, nous exploitons Tsiionkwanonhso:te, une installation accréditée de soins de longue durée comptant 50 places financée par le ministère de la Santé de l'Ontario. Depuis 23 ans, nous exploitons Iakhihsohtha, une installation de soins de 30 places dans le district québécois d'Akwesasne. Nous exploitons aussi quatre cliniques médicales sur le territoire d'Akwesasne. Nous offrons un programme de médecine traditionnelle pleinement fonctionnel et offrons un placement professionnel en santé en région rurale de 30 jours aux étudiants en médecine de McGill et de l'Université d'Ottawa, qui inclut aussi du travail auprès de nos guérisseurs traditionnels.

● (1640)

L'une des choses dont nous faisons beaucoup la promotion, c'est nos partenariats avec le gouvernement fédéral, les administrations municipales, les entreprises privées et les institutions comme les collèges et nos universités.

L'ensemble du service de santé du Conseil des Mohawks d'Akwesasne est accrédité par Agrément Canada. Nous respectons les normes de qualité canadiennes les plus élevées en matière de services de santé. C'est quelque chose dont nous sommes extrêmement fiers.

Bref, nos services ont évolué, et nous avons maintenant un système de santé vraiment intégré qui mise sur notre culture et nos valeurs pour encadrer les sciences occidentales liées à la santé dans le cadre de la prestation des programmes. Nous le faisons grâce à une utilisation exclusive de notre langue traditionnelle, de notre médecine traditionnelle et de nos cérémonies traditionnelles.

Je vais maintenant céder la parole à notre directeur des services de santé, Keith, qui vous décrira un peu plus les programmes que nous offrons.

M. Keith Leclaire (directeur des services de santé, Conseil des Mohawks d'Akwesasne): [*Le témoin s'exprime en mohawk.*]

Je suis très fier d'être ici, et je tiens à vous communiquer nos préoccupations liées aux soins de longue durée.

Pour commencer, du point de vue d'Akwesasne, nous comprenons très bien que le système de soins de santé canadien est fragmenté et englobe des composantes provinciales et des composantes fédérales. Cependant, il est de notre devoir à Akwesasne de donner un sens aux différents enjeux intergouvernementaux, de trouver des solutions et de rencontrer les entités appropriées pour concrétiser le tout.

Services aux Autochtones fournit du soutien à l'échelon fédéral, et Santé Ontario et le réseau de la santé québécois offrent du soutien à leur échelon. Près de la moitié des membres de notre collectivité bénéficient des services assurés par l'Assurance-santé de l'Ontario, tandis que l'autre moitié est servie par la RAMQ, du côté québécois.

Je crois que vous avez eu une bonne occasion de voir ce qu'il y avait sur la carte là. En bref, nous en sommes à environ 12 500, comme le grand chef Benedict l'a dit. La division est assez équilibrée, 45-55, entre le groupe de l'Ontario et celui du Québec.

Cependant, les problèmes intergouvernementaux auxquels est confronté Akwesasne ont créé des défis en ce qui concerne la prestation homogène de services de santé secondaires et tertiaires. Lorsque nous offrons des services à l'extérieur d'Akwesasne, en Ontario, il faut passer par Cornwall, et il faut aller en Ontario, essentiellement, jusqu'à Ottawa, pour obtenir les services tertiaires. Du côté du Québec, il faut se rendre dans une petite collectivité, à l'hôpital de Barrie, qui est situé à Ormstown, au Québec, à environ 45 minutes de route, tandis que, pour les services tertiaires, il faut aller à Montréal. Ces exemples vous donnent une idée de là où nous en sommes.

Comme on peut s'y attendre, nous sommes confrontés à des défis liés aux sphères de compétence chaque jour. Nous cherchons des solutions, à l'aide d'approches et de partenariats novateurs pour essayer de régler tous ces problèmes que nous rencontrons.

Les solutions à long terme exigent une approche communautaire fondée sur les forces, et c'est essentiellement ce que nous faisons. Notre collectivité a des points forts qui nous permettent de donner la priorité aux services permettant de répondre aux besoins de nos membres. Notre force est liée à notre capacité d'établir l'ordre de priorité de ces services. En plus de nos approches communautaires, nous vous présentons une série d'occasions au sein du système actuel. J'espère que vous nous écouterez et que vous y réfléchirez dans vos délibérations.

Le premier point que je veux soulever concerne l'infrastructure. Akwesasne vous recommande d'examiner le soutien pour maintenir les ressources actuelles qui relèvent actuellement de la collectivité. Ce n'est pas une question à laquelle on a très bien réfléchi jusqu'à présent. L'installation de soins de longue durée d'Akwesasne s'appelle Tsiionkwanonhso:te, et, sur le plan médical, on offre là des services de soins de niveau 4. En passant, le nom Tsiionkwanonhso:te veut dire « notre maison » dans notre langue, et c'est exactement ce que c'est. Ce n'est pas une institution: c'est un prolongement de notre collectivité.

Nos soins de niveau 1 et 2 sont fournis à la résidence Iakhihsohtha, ce qui signifie la « résidence de nos grands-parents ». Nous exploitons ces deux installations, comme le chef Benedict l'a dit, depuis plus de 20 ans. Notre préoccupation, actuellement, dans ces deux installations, c'est qu'il faut améliorer les infrastructures et obtenir du soutien pour continuer à fournir les services de qualité comme on le fait présentement.

À l'heure actuelle, je crois que l'installation de soins de longue durée a besoin d'un soutien à long terme en matière d'infrastructure, vu le fait que cette installation de soins de longue durée est en fait financée par la province, même si elle est située sur un territoire des Premières Nations relevant de la compétence du gouvernement fédéral.

En raison de la division fédérale-provinciale des pouvoirs, nous avons besoin de votre soutien pour trouver des solutions tandis que nous parlons du besoin de faire de plus importants investissements en immobilisations. Si nous voulons continuer à fournir des soins de longue durée de qualité aux nôtres, il faut nous assurer d'avoir l'infrastructure et les bâtiments nécessaires pour respecter les codes.

Nous ne sommes pas capables d'avoir accès à des capitaux et à des améliorations de l'infrastructure à l'heure actuelle, et nous voulons nous assurer que vous en tiendrez compte lorsque vous rédigerez votre rapport. Nous vous prions de voir là un problème.

De plus, nous réfléchissons actuellement à la question de la prévention. L'une des choses sur lesquelles nos services de santé, comme c'est le cas partout au Canada, doivent mettre l'accent, c'est sur les aspects des soins à long terme liés à la prévention.

Je crois que, la plupart des fois que nous venons ici, nous vous parlons de nos besoins en matière d'installations, mais j'aimerais votre aide afin que vous recommandiez du soutien ministériel afin de nous aider à obtenir des statistiques fondées sur des données probantes pour montrer nos réussites, surtout dans le cadre de nos activités de soutien de la prévention.

● (1645)

Je l'ai demandé plusieurs fois, et on me répond toujours que c'est un peu trop compliqué. Vous pouvez obtenir des données annuelles: combien de personnes viennent dans une installation, combien de personnes sont là... mais, en fait, lorsqu'on commence à parler de prévention, ce n'est pas quelque chose qu'on fait en trois ou cinq ans. Il faut dix ans, des décennies. Une faiblesse du système, ici, c'est qu'il faut trouver une façon de relever le défi d'obtenir de meilleurs renseignements fondés sur des données probantes à ce sujet.

Au bout du compte, le lien que je fais, ici, c'est qu'une évaluation liée à la prévention est de nature longitudinale et prend du temps. Comme nous le savons, le Canada est confronté au vieillissement généralisé de la population, et nous devons tous faire preuve d'innovation. Je crois que c'est l'un des domaines sur lesquels il faudrait se pencher, et le faire en sortant des sentiers battus.

De plus, Akwesasne assure une meilleure prestation de services que la plupart des autres collectivités des Premières Nations du Canada, et nous pouvons vous dire ceci: il y aura des lacunes liées aux niveaux de service à long terme.

À l'heure actuelle, votre définition des soins en établissement conformément au système de classification fédérale, qu'on trouve dans les Lignes directrices nationales du programme d'aide à la vie autonome 2018-2019, définit la responsabilité à l'égard des services de Santé Canada, de la DGSPNI et de l'ancien MAINC dans le cadre du Programme d'aide à la vie autonome. Actuellement, je m'attends à ce que ce système de classification soit modifié et qu'on assure une plus grande participation communautaire. En outre, nous tous, à Akwesasne, sommes prêts à vous aider relativement à toute révision technique permettant de s'assurer qu'on le fera.

Une de nos grandes préoccupations concerne aussi la santé mentale et le bien-être psychologique de nos aînés. Il faut envisager d'améliorer les programmes qui ont une incidence sur le bien-être psychologique de nos aînés, vu la taille et les districts d'Akwesasne. Comme vous pouvez le voir, nous sommes disséminés sur le territoire. En réalité, il est difficile pour les clients des installations de soins de longue durée de socialiser.

Le dernier point que je tente de soulever, ici, c'est que nous devons nous assurer de reconnaître les bénévoles. Très souvent, une bonne partie de nos activités concerne les soins aux adultes, les services de soins de jour et la livraison de repas, et, très souvent, nous comptons sur beaucoup de personnes pour fournir un soutien en santé mentale. En réalité, ce qu'il faut faire, c'est de s'assurer d'avoir une reconnaissance, grâce à vos recommandations, du besoin de soutenir et d'améliorer le bénévolat au sein de notre collectivité.

Cela dit, je cède à nouveau la parole au chef Benedict.

● (1650)

La présidente: Je crois que nous avons écoulé le temps alloué pour votre déclaration, mais nous approfondirons ce sujet grâce aux questions et nous...

M. Mike Bossio: Pourquoi ne pas laisser le chef terminer, madame la présidente, si vous nous le permettez. Il a seulement un bref commentaire à formuler.

Le grand chef Abram Benedict: Très rapidement, je veux simplement compléter ce que le directeur a dit. Je tiens à rappeler qu'Akwesasne, en tant qu'une des rares collectivités qui ont des places actuellement, est directement intéressée par le travail que vous faites. Avec ce que nous avons dit aujourd'hui, avec notre modèle de prestation de services, que nous utilisons depuis longtemps, je crois que nous pouvons travailler en partenariat et apprendre des défis qui se posent et aussi de nos réussites. Nous sommes une grande collectivité progressiste qui se trouve dans une situation vraiment unique, dans la mesure où nous chevauchons une frontière internationale, et nous offrons des services appropriés sur le plan culturel dans les provinces du Québec et de l'Ontario. Notre organisation est composée principalement des nôtres, qui assurent la prestation de ces services quotidiennement pour répondre aux besoins des membres de la collectivité, et je sais que nous avons des objectifs très semblables en tête.

Nous sommes ici pour vous faire savoir que nous sommes prêts à travailler en collaboration avec vous à l'élaboration de votre rapport, pour formuler des recommandations de façon à nous assurer que nous répondons aux besoins de tous les membres des Premières Nations et de tous les Canadiens à l'échelle du pays.

En conclusion, je vous invite, comme je l'ai fait dans le passé, à visiter notre collectivité, qui se trouve à environ une heure au sud d'ici. N'oubliez pas d'apporter votre carte de statut ou votre passeport.

Merci.

La présidente: Qui plus est, une carte de statut valide.

Le premier intervenant est le député Will Amos.

M. William Amos (Pontiac, Lib.): Merci, grand chef, et merci, monsieur Leclaire. Nous vous remercions vraiment de votre témoignage. Il est révélateur et nous aide vraiment à comprendre une autre réalité à laquelle la vaste majorité des Canadiens ne sont jamais confrontés.

Je veux simplement vous donner l'occasion de parler davantage de ce qui nous attend à long terme, pas seulement en ce qui a trait à vos besoins au cours de la prochaine année ou des trois ou cinq prochaines années. Comment envisagez-vous les soins de longue durée et les soins de santé de façon générale au sein de la collectivité d'Akwesasne dans 10, 20, 30 ou 40 ans? En quoi les choses évolueront-elles? Quelle est la vision?

Le grand chef Abram Benedict: Je crois que nous savons tous que, d'un point de vue statistique, les populations continuent toujours de croître, les populations autochtones et non autochtones. Comme le chef Maracle l'a dit tantôt durant son témoignage, le logement est une composante majeure dans nos collectivités, y compris chez nous. Du point de vue de la prestation des services, nous avons souligné que les besoins en capitaux sont énormes, également parce que les installations que nous entretenons et exploitons ont vieilli et continuent de vieillir. Nous devons pouvoir répondre à ce besoin et continuer d'assurer la prestation des services qui sont attendus de nous, qui sont exigés, et auxquels les membres de notre collectivité s'attendent.

Tandis que le gouvernement commence à chercher des façons de transformer les accords de contribution, à envisager la souplesse, cette visée s'applique aussi dans le secteur de la santé, parce que, parfois, nous finissons par produire des rapports sur des choses qui ne sont probablement plus très utiles.

Nous avons parlé de données. Notre organisation est très grande, avec huit services et 100 millions de dollars de services, mais il est parfois difficile de réunir toutes ces données. Cependant, il existe un moteur qui permettrait de le faire. Je m'intéresse aux mesures de soutien. Je sais que d'autres collectivités misent aussi là-dessus. Tandis que nous envisageons notre croissance en tant qu'organisation, nous cherchons des façons novatrices de réunir les données, de faire preuve d'innovation dans le cadre de la prestation de nos services et de respecter nos exigences en matière de responsabilité et de transparence à l'égard de nos partenaires de financement et à l'égard, aussi, de notre collectivité — ce qui est d'une importance absolue pour nous —, tout en bénéficiant de la marge de manoeuvre nécessaire dans ces accords à long terme, aussi, pour assurer la durabilité du système.

Ce sont là certaines des préoccupations générales. Nous savons que les membres de notre collectivité continuent de nous demander de fournir des logements et des installations pour les aînés, des installations de soins de longue durée, que ce soit des soins chroniques, ou actifs ou qu'il s'agisse simplement d'installations résidentielles. Tandis que notre collectivité continue d'évoluer, nous continuons de planifier tout ça. Je vais essayer d'ajouter un peu plus de chair du côté de la prestation des programmes, mais voilà pour ce qui est de l'aperçu de haut niveau de là où on s'en va, de notre vision, en tant que collectivité et en tant que fournisseur de services pour les nôtres aussi.

● (1655)

M. Keith Leclaire: Monsieur Amos, j'aimerais aussi dire qu'une des choses dont nous tenons compte, c'est la culture en tant que fondement de notre développement en santé. Dans le cas des soins de longue durée, nous croyons au renforcement des capacités, afin que nos propres membres puissent continuer à réaliser cette activité.

Habituellement, l'une des choses que nous constatons, c'est que la plupart des gens ne comprennent pas que, lorsque nous utilisons notre langue pour expliquer ce en quoi consiste le diabète... on ne peut pas le faire si on n'a pas une très bonne compréhension médicale. La définition du diabète, c'est « votre sang est sucré ». Ça semble être quelque chose de positif. Nous devons continuer à examiner ces choses. Il faut être pertinent. La majeure partie de nos aînés parle encore notre langue, et nous devons nous assurer de les accommoder afin qu'ils puissent comprendre certaines de ces réalités.

L'autre chose dont nous tenons compte aussi, c'est la sagesse quant à la façon dont nous pouvons avoir accès à des ressources supplémentaires, surtout grâce aux connaissances. L'amélioration de nos programmes de santé se fera de trois façons: en renforçant nos connaissances, en accroissant nos compétences et en améliorant notre attitude quant à la façon dont nous assurons la prestation des services aux membres de notre collectivité. Très souvent, nous sommes déroutés par les chiffres. Cependant, la réalité des soins à long terme, c'est qu'il ne faut pas oublier que ces gens, qui viennent, viennent au *tsiionkwanonhso:te*. Ils sont chez nous. Ils sont *akhsó'ha*. Ce sont nos grands-parents. Il est là, le lien. Je peux vous dire dès maintenant que la majeure partie de nos employés sont des membres des Premières Nations et que la majeure partie d'entre eux, 90 %, viennent de la collectivité d'Akwesasne.

J'espère avoir répondu à votre question, monsieur Amos.

M. William Amos: C'est très utile, merci.

Quel rôle envisagez-vous pour les connaissances traditionnelles dans l'élaboration de la planification des soins de longue durée dans votre collectivité?

M. Keith Leclaire: La médecine traditionnelle et les approches de guérison traditionnelles sont plus englobantes, et on en tire une valeur qu'on ne peut tout simplement pas calculer lorsqu'on pense seulement à l'argent. La réalité, c'est que la socialisation est nécessaire, et il faut s'assurer de stimuler nos aînés afin qu'ils puissent rester chez eux. Notre objectif, c'est de garder les aînés chez eux, et c'est ce que nous faisons. Le problème qui se pose, cependant c'est lorsqu'ils ont besoin de plus de soins.

La réalité revient. Comment y arriver? Ils se rendent dans des installations dans notre collectivité, des endroits très conviviaux et où on utilise la même langue qu'eux. La plupart des gens là-bas sont des gens avec qui ils ont grandi, des gens avec qui ils ont vécu toute leur vie. C'est l'aspect lié à la famille élargie. C'est une des choses prioritaires qu'il faut faire dans les autres Premières Nations, pour que cela continue.

La présidente: Merci.

Nous passons maintenant au député Kevin Waugh.

M. Kevin Waugh (Saskatoon—Grasswood, PCC): Bienvenue. Je tiens à vous remercier, grand chef Benedict, de votre exposé. Il était très bon. Et merci à vous aussi, monsieur Leclaire.

C'est un sujet intéressant, les soins de longue durée dans les réserves, parce que, lorsqu'on sort des réserves — et il y en a un certain nombre dans ma ville de Saskatoon — tout ce qu'on trouve maintenant, ce sont des fondations. Elles n'ont plus d'argent. Le gouvernement provincial ne leur en donne plus, et on se retrouve avec une pyramide de fondations. Ces organisations sont toujours en collecte de fonds. Que faites-vous?

Il y a huit installations seulement dans ma circonscription. Tout le monde a une fondation. Tout le monde collecte des fonds. Le gouvernement provincial en donne moins, et les organisations doivent donc recueillir de l'argent.

De quelle façon recueillez-vous de l'argent? Avez-vous des fondations? Avez-vous des pyramides vous permettant de vous réunir et de créer des partenariats et tout ça?

Le grand chef Abram Benedict: À l'occasion, nous organisons des ventes de pâtisseries et ce genre de choses, mais ça n'aboutit pas à grand-chose; ça couvre peut-être le carburant pour que l'autobus puisse se rendre au parc ou je ne sais trop.

M. Kevin Waugh: Vous savez toutefois où je veux en venir.

Le grand chef Abram Benedict: L'une des choses que nous avons la chance d'avoir... le Conseil des Mohawks est un agent de prestation pour un certain nombre de services en partenariat avec les gouvernements fédéral et provinciaux. Nous offrons beaucoup de programmes. Les installations de soins de longue durée sont des installations pour nos aînés, et c'est là une priorité centrale dans notre collectivité. Ce sont nos aînés. C'est eux qui étaient là au début. Ce sont les gardiens du savoir, les gardiens de la langue. Nous avons la capacité de soutenir les installations un peu mieux que si elles étaient autonomes.

En intégrant certains des services pouvant être offerts dans les installations, que ce soit grâce à un autre partenariat avec Santé Canada ou un partenariat avec la province, nous pouvons nous soutenir les uns les autres grâce à une approche holistique.

Ce ne sont pas toutes les collectivités qui ont la capacité de le faire. Il y a des lacunes. De loin, les capitaux sont l'aspect le plus difficile. Est-ce que notre installation génère des profits? Absolument pas. Devrait-elle en générer? Non. Est-ce qu'on s'en sort juste grâce aux contributions? Non. C'est parce que c'est une priorité, et que nous avons la capacité de financer ces installations d'autres façons? Oui. Nous réussissons à le faire.

C'est de cette façon que notre collectivité peut y arriver, mais pour les installations autonomes, c'est très difficile. Au bout du compte, c'est une question de priorité communautaire. Si un conseil exploite une installation de soins longue durée, il faut faire un choix entre fermer les portes d'une installation de soins de longue durée ou fournir de nouveaux logements; parfois, on décide de miser sur le maintien en exploitation de l'installation.

● (1700)

M. Kevin Waugh: Je pense que vous êtes bien au-dessus de la moyenne nationale. J'ai compté que vous avez plus de 100 places, y compris une installation bâtie en 1990, qui en compte 20. Et là, vous êtes passé d'un financement fixe à un financement global. Quelle est la différence?

Le grand chef Abram Benedict: Je pense que c'est la souplesse qu'on obtient, mais, comme je l'ai dit tantôt, on a une marge de manoeuvre limitée, quand même. Je sais que le gouvernement fédéral envisage d'offrir des contributions assimilables à des subventions pour de plus longues périodes. Ces genres d'initiative renforceront la capacité de la collectivité de planifier et d'établir des priorités à plus long terme.

Le financement global a aidé jusqu'à un certain point, mais ce n'est pas la solution pour empêcher la poursuite des activités de collecte de fonds.

M. Kevin Waugh: Monsieur Leclaire, vous avez parlé de la culture, du fondement, qui est très important. Nous réfléchissons à la question des soins de longue durée dans les réserves. Dans ma province, nous voulons toujours sortir les aînés de leur collectivité. Ils sont dans le premier avion sur la piste, et on les envoie à Saskatoon ou à Prince Albert. Ce n'est probablement pas la bonne solution, mais c'est ce qui se produit dans notre province actuellement. C'est une culture différente. Je ne crois pas que nous en soyons encore là dans ma province.

Comment y arrivez-vous? Vous travaillez en collaboration avec Québec. Vous travaillez en collaboration avec l'Ontario. Vous avez la frontière.

M. Keith Leclaire: Nous croyons aux partenariats. Si nous avons un problème, nous le cernons. Nous allons trouver l'élément déclencheur. Pourquoi a-t-on ce problème? Puis, nous allons regarder ce qu'il y a en dessous: quelles sont les causes?

Vous avez donné un bon exemple lorsque vous avez parlé du fait que tout le monde à Saskatoon demande de l'argent et qu'il y a toutes ces fondations. Si j'étais à votre place, ma question serait la suivante: pourquoi avez-vous besoin d'argent? Vous savez, il y a tellement de petits groupes, peut-être que, ce qu'il faut faire, c'est de faire comme on a fait à Akwesasne: se réunir et établir des priorités en ce qui a trait aux besoins, puis travailler sur tout ça.

Je suis très fier de dire que nous avons des ambulances à notre disposition. D'ailleurs, quand nous avons eu besoin d'une nouvelle ambulance, la collectivité est venue à notre secours et nous a fourni plus de 200 000 $ pour cet achat et pour équiper chaque véhicule du meilleur moniteur cardiaque possible.

Nous nous réunissons en groupe pour négocier. Parfois, cela dure des jours, mais nous nous mettons tous d'accord sur la priorité.

Dans notre culture, celle des Mohawks et de la Gayanashagowa, nous croyons que nous devons suivre ce qu'on appelle la Grande loi de la paix, laquelle établit les cinq principes fondamentaux que nous devons respecter au quotidien. Le premier est la paix: nous devons être en paix avec nous-mêmes et avec les autres; nous devons vivre dans le respect: le respect de soi et le respect des autres; *kanikonriio*, ce qui veut dire que nous devons faire preuve de sagesse et travailler ensemble lorsqu'il y a un problème que nous ne pouvons pas résoudre seuls, parce que dans le cas contraire, nous ne pourrons pas avancer, et nous resterons pris chacun de notre côté; le quatrième principe est qu'il faut être responsable: nous connaissons nos responsabilités et savons que ceux avec qui nous travaillons doivent aussi être responsables; et l'obligation de rendre des comptes: c'est le devoir de tout gouvernement et c'est aussi l'un des nos principes fondamentaux.

M. Kevin Waugh: En parlant d'ambulance... combien coûte l'utilisation d'une ambulance à votre réserve? Le coût est un problème pour toutes les autres réserves du pays.

● (1705)

M. Keith Leclaire: Chaque province a sa propre façon d'octroyer du financement. Au Québec, il y a un tarif fixe de 125 $ au départ, puis il y a un supplément de 1,85 $ ou de 1,90 $ le kilomètre pour le trajet jusqu'à l'établissement de santé le plus proche.

La présidente: Je suis désolée, mais votre temps est écoulé, Kevin.

M. Kevin Waugh: Je suis sûr que la réponse aurait été excellente.

La présidente: Je vous accorde votre excellente réponse avant de passer au suivant. Je ne veux pas pénaliser Rachel.

Voulez-vous terminer?

M. Keith Leclaire: Je crois que je vais seulement terminer ce que je disais à propos de l'ambulance. La chose la plus importante que je tiens à dire au Comité, c' est qu'il y a eu 156 demandes d'ambulance l'année dernière dans notre collectivité. Dans 48 % des cas, c'était pour une personne âgée de 65 ans et plus.

J'aimerais vous mettre tous au défi de demander aux services d'ambulance qui desservent les collectivités des autres Premières Nations quel est le taux ailleurs. Je crois que l'un des problèmes est que nous adoptons ici une perspective fédérale, alors que cela relève des provinces, et elles ne nous fournissent pas d'information.

J'inviterais M. Waugh à se pencher là-dessus.

Merci, madame la présidente.

La présidente: La parole va à la députée Rachel Blaney.

Mme Rachel Blaney: Merci beaucoup d'être parmi nous aujourd'hui, de nous avoir présenté des exposés et de nous fournir des renseignements si utiles.

Vous avez tous deux parlé de la méthode préventive et du fait que nous devons trouver des façons de promouvoir la prévention, ce qui suppose de pouvoir recueillir des données et d'avoir du soutien pour ce faire.

Je représente plus de 20 très petites collectivités autochtones. C'est une responsabilité énorme. Elles ont une foule d'anecdotes à raconter, mais concrètement, il n'y a aucune collecte de données.

Je me demandais si vous pouviez me dire brièvement pourquoi les collectivités croient que c'est trop compliqué et de quelles données nous avons besoin, selon vous.

M. Keith Leclaire: Si vous posez la question à un épidémiologiste ou à des chercheurs, la réponse sera habituellement qu'on ne précise pas sur quelle période porteront les budgets de recherche.

Je crois que la dernière étude qui a été menée sur le diabète dans les Premières Nations remonte au début des années 1980 et s'inscrivait dans le cadre du vieux Programme national de recherche et de développement en matière de santé. C'était une étude sur cinq ans, et toutes les autres études depuis ont seulement couvert une période de deux ou trois ans. Au bout du compte, on peut seulement se demander dans quelle direction nous allons maintenant.

Si nous voulons que la prévention soit efficace, nous devons déterminer les indicateurs pertinents. De façon générale, les renseignements que nous recueillons présentement sont davantage de nature financière, et nous les communiquons au gouvernement par l'intermédiaire du Secrétariat du Conseil du Trésor, bien sûr. Il en va de même à l'échelon provincial.

Peut-être devrions-nous sortir des sentiers battus pour trouver une façon de faire qui soit beaucoup plus claire. C'est ce dont il est question ici.

Je vais vous donner un autre exemple: quels sont les indicateurs en ce qui concerne les soins et les services à domicile? Je vais vous le dire: combien de gens sont-ils allés voir, combien de gens ont-ils vus, et combien de fois ils les ont vus. Moi, tout ce que je veux savoir, c'est la raison de la visite, quel est le problème et quel est l'état de santé général de la personne âgée? Ce genre de données n'est pas recueilli parce que les comptes que nous devons rendre concernent les finances plutôt que la meilleure prise en charge possible de la santé de la personne.

Mme Rachel Blaney: Merci.

J'aimerais aussi poser une question sur l'épuisement professionnel des aidants naturels. Je m'interroge sur les défis que vous imposent les gens qui donnent ce genre de soins. Les témoins précédents nous ont rapporté certaines choses, et c'est un problème de plus en plus préoccupant. Je me demandais si vous pouviez nous en parler un peu.

M. Keith Leclaire: Nous avons beaucoup de chance, dans notre collectivité, parce que deux de nos cinq médecins sont autochtones et comprennent notre langue. Ils font aussi des consultations à domicile, tout comme le personnel infirmier à domicile.

Voici la chose à faire: s'il y a un problème et qu'il y a un risque d'épuisement professionnel, nous pouvons admettre la personne qui reçoit des soins à notre foyer des Aînés. Même s'il s'agit d'un fardeau supplémentaire pour notre personnel, nous croyons que c'est quelque chose d'important. La personne peut rester une fin de semaine ou pour une courte période, si le médecin l'autorise, et nous nous assurons d'avoir suffisamment de personnel pour en prendre soin.

N'oubliez pas, par rapport à ce service de répit, qu'il s'agit de personnes qui sont déjà suivies à domicile par une infirmière ou un infirmier et par un médecin, et qu'elles sont admises seulement si le médecin le recommande. Ce n'est pas uniquement pour le bien de la personne, c'est aussi pour le bien des aidants naturels et des membres de la famille. Il faudrait étudier davantage les possibilités de ce genre, parce que nous mettons trop souvent l'accent sur... Nous devons sortir des sentiers battus, et c'est ce que nous faisons à Akwesasne.

● (1710)

Mme Rachel Blaney: Merci.

Vous avez dit que nous devons changer la définition de ce qu'est l'« aide à la vie autonome ». Vous avez dit qu'il faut clarifier cette expression. Pouvez-vous préciser un peu?

M. Keith Leclaire: En 1983, dans les Lignes directrices nationales du programme d'aide à la vie autonome, le gouvernement fédéral avait cerné cinq niveaux de soins. Selon les Lignes directrices, les soins de type I sont des soins et de l'aide ne dépassant pas 90 minutes par jour. Les soins de type II sont des soins ne dépassant pas deux heures et demie par jour. Les soins de type III ne dépassent pas cinq heures. Les soins de type IV sont des soins à temps plein et les soins de type V concernent les personnes qui ont besoin de soins en tout temps.

S'il faut réviser les définitions, c'est parce que nous avons une installation pour les soins de type I ou II alors que nous fournissons des soins de type IV. De nos jours, les soins de type III sont assimilables à des soins pour les maladies chroniques, et il n'y a rien dans ce système... Vous souvenez-vous du rôle que jouaient les ministères à l'époque où l'aide à la vie autonome est arrivée? Je recommande au Comité de procéder à une réévaluation.

Les définitions des niveaux de soins sont différentes dans chaque province et territoire. Parfois, il y a quatre niveaux, alors qu'il y en a six ailleurs. C'est donc impossible d'établir une correspondance. C'est un problème intergouvernemental. Il y a des différences énormes entre les niveaux de soins au Québec et en Ontario.

Si vous regardez la petite carte ici, vous verrez clairement notre problème principal. Du côté droit, en blanc, il y a le Québec, où vivent quelques personnes de notre communauté. Cependant, nous ne pouvons pas leur offrir de services parce que la majeure partie du personnel infirmier qualifié nous vient de l'Ontario et bénéficie d'un privilège spécial pour travailler dans notre collectivité. Il y a beaucoup de règlements de ce genre, à dire vrai. Nous sommes très reconnaissants au Québec et à l'Ontario des permis spéciaux accordés pour ce genre de travail dans nos collectivités, mais il arrive que cela nuise à la qualité des soins parce que nous ne pouvons pas rejoindre tout le monde. Il n'y a pas de résidences là-bas, alors nous ne pouvons pas y aller pour offrir des soins. Nous devons passer par le réseau des CLSC du Québec et prendre des dispositions en conséquence.

Mme Rachel Blaney: Incroyable.

Grand chef Benedict, l'une des dernières choses que vous avez dites concernait la mise en commun de l'expertise. Je peux dire, puisque je représente de très petites collectivités — et vous, vous représentez une très grande collectivité — que c'est difficile; les gens ne savent rien des possibilités auxquelles ils ont accès.

D'après vous, comment pourrait-on mettre en commun les pratiques exemplaires?

Le grand chef Abram Benedict: Notre collectivité a un régime de gouvernance très robuste, et je crois que c'est en grande partie grâce à nos modèles de prestation de services, à nos institutions et à nos partenariats. Je sais que plus d'une collectivité a de la difficulté à ce chapitre. Les Services aux Autochtones songent à revoir la façon dont les collectivités sont financées, et nous leur avons dit que nous étions prêts à travailler avec eux afin de fournir en plus des services de soutien en matière de gouvernance, étant donné que les Services de santé que nous fournissons reposent sur un système de soutien et une institution robustes. Nous avons une approche très holistique.

Dans une grande mesure, notre organisation exécute des programmes en conformité avec le principe de Jordan, et ce, depuis très longtemps. Regardez la carte et réfléchissez à certains exemples que Keith a donnés. Le fait est que nous ne pouvons pas mettre en péril la sécurité et la santé d'une personne parce qu'elle ne vit pas au bon endroit; nous ne pouvons pas lui fournir seulement deux tiers des services étant donné l'endroit où elle vit. Il en va de la responsabilité du Conseil des Mohawks, en notre qualité de dirigeants, de trouver une façon de fournir ces services sans interruption. Il se fait beaucoup de travail dans les coulisses au niveau administratif, politique et gouvernemental. Voilà le genre d'aide que nous pouvons offrir au gouvernement; nous pouvons tirer des leçons de nos expériences respectives et soutenir d'autres collectivités. Nous avons besoin que les collectivités autochtones aident les collectivités autochtones.

La présidente: Le député Danny Vandal.

M. Dan Vandal (Saint-Boniface—Saint-Vital, Lib.): Merci beaucoup. Vos exposés étaient très intéressants.

Je veux poursuivre sur la question des problèmes intergouvernementaux. Comme vous l'avez souligné — ou mentionné —, il y a certains problèmes entre l'Ontario et le Québec — notamment, le fait que le personnel infirmier ne peut pas se rendre au Québec —, mais y a-t-il aussi des problèmes de ce genre avec nos voisins du Sud? Je tiens pour acquis que certains membres de votre réserve vivent aux États-Unis. Cela crée-t-il des problèmes?

● (1715)

M. Keith Leclaire: La plupart du temps, lorsqu'il faut fournir ce genre de services, nous devons conclure des ententes avec les États-Unis. Nos ambulances ont la capacité — et cela s'est fait dans le passé — d'appuyer les services fournis aux États-Unis. Tout notre personnel est qualifié autant dans l'État de New York qu'au Canada. Alors cela ne pose aucun problème.

Comme l'a mentionné le chef Benedict, la situation est plus compliquée lorsque nous transportons une personne d'un lieu quelconque de notre territoire jusqu'à Cornwall, parce qu'il faut passer les douanes. Même si c'est une urgence, cela pose problème. Jusqu'à maintenant... nous collaborons avec le Indian Health Service — le Service de santé des Indiens —, une organisation relevant du ministère de la Santé des États-Unis. Chaque semaine, j'ai une réunion avec le responsable afin de... J'ai eu d'excellentes discussions avec le directeur, M. Cooke, qui est mon homologue. Nos directeurs principaux se sont parlé à de nombreuses occasions. Nos chefs aussi.

Nous voulons savoir comment offrir les meilleurs services possible à nos clients, mais la majorité de nos services et de nos activités... Je crois qu'au seul chapitre des ambulances, 79 % des demandes venaient du Canada. Le reste venait des États-Unis. Cela fait partie de notre entente bilatérale.

M. Dan Vandal: Je crois que vous avez une population de 12 000 personnes.

M. Keith Leclaire: Oui, 12 500.

M. Dan Vandal: Est-ce que cela comprend la partie américaine?

M. Keith Leclaire: Non. Il y a un système tribal distinct aux États-Unis. Ils ont leur propre système de gouvernance, tandis que le chef Benedict est responsable de toute la partie canadienne. Mais il s'agit d'une partie distincte.

Chef Benedict?

Le grand chef Abram Benedict: Je crois que certaines dispositions de nos accords de contribution nous posent parfois des problèmes. Nous travaillons très dur avec nos partenaires de la tribu Mohawk de Saint-Regis afin de cerner des domaines de collaboration éventuels, mais au bout du compte, nous sommes parfois liés par les accords conclus avec le gouvernement.

M. Dan Vandal: D'accord.

Parlons de démographie. Prévoyez-vous, à la lumière des études démographiques que vous avez menées, une vague de personnes âgées qui auront besoin de soins de longue durée dans l'avenir? Que prévoit-on pour votre réserve?

M. Keith Leclaire: D'après ce que nous constatons actuellement, la tendance va se maintenir. Je ne crois pas que les choses vont progresser aussi rapidement que dans le système canadien, mais à dire vrai, nous avons été très chanceux, d'un point de vue intergouvernemental. Nous aimerions élaborer quelque chose comme ce que nous avons en matière de santé publique. Nous avons conclu des accords avec le gouvernement du Québec et le gouvernement de l'Ontario pour régir ce volet. Il y a un partage des coûts; le Québec donne de l'argent à l'Ontario pour assurer ces services. Les immunisations et les éclosions de maladie, dans nos installations, relèvent de ces volets. Nous devons toujours savoir qui sont nos partenaires et trouver des façons de mieux servir notre collectivité. Nous n'hésitons jamais à négocier des protocoles d'accord et nous cherchons constamment des façons d'améliorer les services.

M. Dan Vandal: Vous avez mentionné plus tôt qu'il est difficile de recueillir des données. Je crois que vous avez dit qu'on vous avait répondu — je tiens pour acquis que vous aviez posé la question au gouvernement du Canada — que c'était trop compliqué. Pouvez-vous nous dire de façon générale sur quels éléments ou variables vous aimeriez recueillir des données?

M. Keith Leclaire: J'aimerais pouvoir étudier les indicateurs concernant les principaux problèmes liés aux soins offerts à nos aînés. Grâce à l'ambulance, nous avons un bon réseau, mais la majorité de nos aînés souffrent surtout de problèmes respiratoires et de douleurs abdominales. Saviez-vous que ces deux problèmes sont surtout causés par l'état de santé mentale et le stress? Par exemple: « Qui va venir me voir? Qui va m'aider à obtenir ce dont j'ai besoin? » Ce sont des problèmes, mais personne ne s'y intéresse. Nous avons de la chance d'avoir de l'information et des données, mais nous sommes trop peu. J'aimerais vraiment que vous demandiez à tous les Canadiens de réfléchir à la question suivante: « Quels indicateurs nous donnent le moyen d'améliorer la santé des gens? » Je vous en serais très reconnaissant, monsieur Vandal.

M. Dan Vandal: D'accord, bien.

À propos des soins à domicile, selon mon document d'information, vous avez des soins infirmiers à domicile... un programme complet de soins à domicile.

M. Keith Leclaire: Oui, c'est exact.

M. Dan Vandal: Pouvez-vous nous en parler un peu?

M. Keith Leclaire: Il s'agit d'un des neuf programmes relevant du ministère de la Santé. Cela ne comprend pas seulement les soins infirmiers. Nous offrons aussi ce genre de service à domicile. À dire vrai, la distance pose un obstacle intéressant. De l'extrémité ouest de Cornwall à l'extrémité est de Snye, il y a un trajet d'environ 35 à 40 minutes.

Lorsque nous affectons le personnel infirmier, nous devons déterminer qui va dans quel district. Le fait est que nos ressources sont limitées. Même si nous pouvons ajouter du personnel pour la prestation de services, nous devons nous arranger avec notre budget. Nous voulons offrir les meilleurs services possible, bien sûr, mais nous explorons en même temps des façons d'analyser les activités efficacement afin d'avoir un tableau des activités en cours.

Prenez les résultats actuels concernant les soins à domicile. De quoi s'agit-il? De combien de personnes parle-t-on? Quelle est la proportion de temps par personne? Ce sont de bons indicateurs, mais cela ne nous dit rien à propos des principaux problèmes. Y a-t-il des problèmes actuellement par rapport à l'eau potable? Y a-t-il des problèmes de rats et autres vermines? Quelle est la cause numéro 1 des maladies? Voilà le genre de données que j'aimerais obtenir, et je vous recommande de prendre cela en considération lorsque vous rédigerez votre rapport.

Merci, monsieur Vandal.

● (1720)

M. Dan Vandal: Merci.

La présidente: La parole va à la députée Cathy McLeod.

Mme Cathy McLeod (Kamloops—Thompson—Cariboo, PCC): Avant tout, je veux vous remercier de nous avoir présenté votre exposé. C'était très informatif.

Lorsque je regarde la carte, je me dis qu'il serait plus simple de la redessiner que de composer avec ces problèmes tous les jours. Je peux à peine m'imaginer les problèmes que vous vivez depuis si longtemps à cause du découpage administratif. Je vous remercie sincèrement de votre invitation. J'espère que le Comité ou que certains d'entre nous, à titre personnel, pourront aller voir ce que vous avez fait.

Dans un premier temps, j'aimerais parler du problème des données, que nous avons soulevé plus d'une fois déjà. Je me rappelle qu'en Colombie-Britannique, il y a sur les cartes d'assurance-maladie certains renseignements personnels qui permettent aux Premières Nations de recueillir des données pertinentes. Je crois aussi que les Premières Nations étaient extrêmement préoccupées de la collecte des données par le gouvernement.

Comment pouvons-nous faire cela avec tout le respect dû? Je sais que vous aimeriez avoir des données sur ce que vous faites, la façon dont vous le faites et vos résultats, mais je ne suis pas certaine que vous vouliez que le gouvernement s'en charge. A-t-on envisagé de mettre sur pied une organisation autochtone pour la collecte de données? Je sais que cela a été une question très épineuse en Colombie-Britannique. Avez-vous des commentaires à faire à ce sujet?

M. Keith Leclaire: Je suis très heureux de pouvoir vous dire, madame McLeod, que les Autochtones croient que, pour n'importe quel type de données, la propriété, l'utilisation, l'accès ou la possession en reviennent uniquement à la nation concernée.

Le fait est que si quelqu'un recueille des données, il devrait y avoir un protocole clair à suivre. Si quelqu'un est chargé de recueillir des données, actuellement nous nous attendons à être informés clairement de la façon dont les données seront utilisées, des résultats prévus, de la façon dont la collectivité va participer à l'analyse et de la façon dont la collectivité participera à la diffusion de l'information.

Une fois que tout cela est terminé, nous nous attendons à ce que l'information recueillie par des chercheurs externes nous soit retournée afin qu'elle demeure la propriété de la collectivité. Lorsque nous concluons une entente avec quelqu'un de l'extérieur qui vient recueillir des données, une des clauses est que toutes les données doivent nous être remises afin que nous puissions nous assurer qu'elles sont en sécurité. De leur côté, les chercheurs doivent supprimer toutes les données qui seraient demeurées dans leurs dossiers.

Mme Cathy McLeod: Dans les cas où des données sont recueillies aux fins de votre planification et non à des fins de recherche, est-ce votre conseil qui s'en occupe ou cela serait-il fait par un groupe plus large de Premières Nations? Pouvez-vous approfondir le sujet? Avez-vous fait quoi que ce soit de ce côté?

Le grand chef Abram Benedict: Pour répondre à votre question, le problème général en ce qui concerne les données tient à l'infrastructure et au financement dont nous avons besoin pour que ces systèmes fonctionnent. Nous avons toujours des intérêts divergents, peu importe le type d'infrastructure: la TI, les toits de nos installations de soins à longue durée ou pour les infrastructures financières. C'est un problème de chaque instant, et nous essayons de trouver un équilibre.

Le problème par rapport à la mise en place d'un système de données intégré à l'ensemble de nos organisations — huit groupes relèvent du Conseil des Mohawks d'Akwesasne — tient à l'infrastructure. Il faut de l'argent pour mettre en place une infrastructure, tout comme il faut de l'argent pour former des gens et entretenir le système. C'est un problème énorme que nous devrions surmonter.

Bien sûr, quand nous préparons les budgets, que croyez-vous que nous allons favoriser, les lits ou une infrastructure pour les données? Voilà la situation, au bout du compte. Même si nous savons que les données sont extrêmement importantes aux fins de la planification, de la reddition de comptes et de la transparence, nous avons toujours d'autres priorités.

● (1725)

Mme Cathy McLeod: L'Institut canadien d'information sur la santé fait du bon travail en matière de collecte de données. Avez-vous déjà pensé à un partenariat avec lui?

Le grand chef Abram Benedict: Nous avons déjà établi des partenariats dans le passé avec d'autres organisations de collectes de données dans certains domaines précis. Bien sûr, nous avons respecté tous les principes que Keith a mentionnés. C'est une possibilité, mais à nouveau, c'est une question d'investissements dans les infrastructures et de maintenance.

Mme Cathy McLeod: Avez-vous un système de dossiers de santé électronique dans votre collectivité? Est-il lié aux systèmes extérieurs, en Ontario et au Québec, ou est-ce que vous avez des dossiers médicaux qu'il vous faut envoyer et renvoyer?

M. Keith Leclaire: Je suis content de vous dire que nous venons tout juste de conclure une entente avec Connecting Ontario afin de pouvoir commencer la mise en place de dossiers de santé électroniques directement avec nos groupes.

Nous sommes situés juste à côté de la ville de Cornwall, et le grand hôpital là-bas qui offre ce service n'utilise toujours pas Connecting Ontario. En vérité, nous obtenons nos services de fournisseurs tiers à Ottawa, l'Hôpital d'Ottawa et le CHEO. Nous n'avons aucun problème. Nous pouvons récupérer tout cela directement maintenant.

Le problème, c'est que c'est un nouveau processus. Nous en sommes encore au début, mais nous espérons que nous aurons un coup de main. Tout ce que j'ai dit concerne uniquement l'île Cornwall. Il nous reste encore à négocier avec le Québec pour la région du Québec. Encore une fois, il y a des nuances et des particularités propres à chaque province.

La présidente: C'est extrêmement compliqué, et ces frontières sont complètement artificielles, si on les compare à l'histoire de votre nation.

M. Mike Bossio: J'ai une petite question rapide.

Vous avez un centre de 30 lits et un centre de 50 lits présentement sur votre territoire.

Combien d'employés y travaillent?

M. Keith Leclaire: Au total, il y a environ entre 70 et 75 employés qui travaillent dans notre centre de soins de longue durée à 50 lits, dépendamment des ressources à notre disposition. Pour l'autre centre, c'est environ la moitié, entre 30 et 35.

Encore une fois, la plupart des employés viennent de nos collectivités. Pour Iakhihsohtha en particulier, le pavillon pour aînés, nous nous assurons que le personnel parle couramment notre langue.

M. Mike Bossio: Ce sont de bons emplois à long terme bien rémunérés.

M. Keith Leclaire: Honnêtement, monsieur Bossio, nous aimerions beaucoup que vous veniez voir. Je pense que vous seriez en mesure de connaître l'opinion des gens qui travaillent là-bas plutôt que la mienne ou celle du chef Benedict.

M. Mike Bossio: C'est une bonne chose: plus nous satisfaisons ce genre de besoin dans le domaine des soins de santé, plus nous créons de bons emplois qui favorisent la viabilité des collectivités.

Les Mohawks d'Akwesasne, comme les Mohawks de la baie de Quinte, vivent plus au sud, et ils peuvent ainsi travailler dans la réserve ou à l'extérieur. Mais dans d'autres régions plus éloignées, c'est une source d'emplois dont beaucoup de collectivités ont désespérément besoin.

M. Keith Leclaire: Oui, monsieur Bossio.

L'une des choses les plus importantes — et je veux vraiment mettre cela en relief —, c'est que l'une de nos forces est la sagesse de nos chefs. Ils m'ont demandé de venir travailler ici. Avant, je travaillais dans une collectivité du Nord, une collectivité éloignée du Nord du Québec, Kawawachikamach, lorsque le Conseil m'a demandé de venir passer une entrevue.

J'ai ainsi pu mettre à contribution la sagesse que j'ai acquise au fil de mes expériences. J'étais déjà dans le milieu de la santé des Premières Nations en 1980, à l'époque de Monique Bégin. Je me souviens de l'Énoncé de politique sur la santé des Indiens de 1979. On peut appliquer aux petites collectivités les concepts que nous mettons en oeuvre ici à Akwesasne; si le conseil tribal est d'accord, c'est possible de regrouper des populations de mêmes niveaux. Ce serait aussi possible de regrouper les mêmes genres de services. Encore une fois, il faudrait que les Premières Nations négocient entre elles en petits groupes, mais ce genre de chose est possible, et nous sommes disposés à mettre en commun les connaissances que nous avons acquises grâce à ce que nous faisons ici.

● (1730)

M. Mike Bossio: J'aimerais vraiment avoir plus de temps, parce que la question principale que je voulais poser portait justement là-dessus. D'une certaine façon, vous avez ouvert la voie dans la prestation de ces services. D'autres collectivités qui veulent offrir ces services pourraient prendre exemple sur vous. Pourrais-je vous demander de nous faire parvenir un mémoire à ce sujet afin que nous puissions l'intégrer dans notre rapport?

Merci beaucoup.

La présidente: Merci d'être venus.

La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur.* Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur.*

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes
à l'adresse suivante : http://www.noscommunes.ca

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act.* Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act.*

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the
following address: http://www.ourcommons.ca